

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICE RECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO EN GESTANTES DE
LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

POR
GLORIELA GÓMEZ DE GORDÓN.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA.

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

1996

T.H.

29 JUL 1996

Obs del autor

PÁGINA DE APROBACIÓN

Aprobado por:

Director de Tesis: B. Rawu

(Nombre y Título)

Miembro del Jurado: Woodward

(Nombre y Título)

Miembro del Jurado: Quintero

(Nombre y Título)

Representante Vice Rectoría
de Investigación y Post-Grado: Panogajor

(Nombre y Título)

Fecha: 17 de julio de 1996

286309

DEDICATORIA

A JORGE, JORGE ISAAC, JORGE EMMANUEL Y MARISELA.

AGRADECIMIENTO:

Al Doctor Cirilo Lawson, cuyos aportes y guías permitieron la culminación de este trabajo.

A los Doctores Manuel Escala, Carlos Brandáriz y Rosalía Quintero. Sus comentarios durante la fase de ejecución y revisión final enriquecieron la información hoy presentada.

Reconocemos también, la desinteresada colaboración del Doctor Rodrigo Velarde y del personal de Enfermería de la Sala 22 del Hospital Santo Tomás, durante la fase de recolección de los datos.

Nuestra gratitud a los Profesores Raquel Gordón de Polo y Daniel Sánchez, por su excelente labor de revisión.

Y sobretodo, agradezco a Dios, por la vida y el tiempo que nos concedió para alcanzar esta meta.

ÍNDICE GENERAL

PÁGINA DE APROBACIÓN	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
ÍNDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE CUADROS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	XVI
ÍNDICE DE TABLAS	XIX
ÍNDICE DE FIGURAS	XX
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I	
MARCO CONCEPTUAL	6
A. EL PROBLEMA.....	7
1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.	15
B. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
C. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	18
1. OBJETIVO GENERAL.....	18
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	18

D.	PROPÓSITOS.	19
E.	HIPÓTESIS.	19
F.	VARIABLES DEL ESTUDIO.	20
1.	VARIABLES.	20
2.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	21
G.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	24

CAPÍTULO II

	MARCO TEÓRICO.	26
A.	SITUACIÓN GENERAL DE SALUD DEL PAÍS Y DE LA MUJER EN PARTICULAR.	27
B.	IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL EN LA SALUD MATERNA FETAL.	34
1.	ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE CONCEPCIÓN, IMPLANTACIÓN Y EMBRIOLOGÍA HUMANA.	34
2.	EL CONTROL PRENATAL EN LA SALUD MATERNA FETAL.....	37
C.	MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.	40
D.	EL ACCESO Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	44
E.	LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD.	54

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.....	57
A. TIPO DE ESTUDIO.....	58
B. ÁREA DE ESTUDIO.....	58
C. POBLACIÓN.....	59
1. UNIVERSO.....	59
2. CASOS.....	59
3. CONTROLES.....	60
D. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	61
E. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	62
F. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	63
G. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	64

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	75
A. RESULTADOS.....	76
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	76
2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO SIMPLE.....	98
3. ANÁLISIS ESTRATIFICADO.....	100
CONCLUSIONES.....	109

RECOMENDACIONES.	115
ANEXOS	118
BIBLIOGRAFÍA.....	128

ÍNDICE DE CUADROS.

1.	INGRESO DE MUJERES AL CONTROL PRENATAL POR TRIMESTRE DE GESTACIÓN SEGÚN AÑO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1990-1994.....	8
2.	DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO DE MUJERES AL CONTROL PRENATAL POR TRIMESTRE DE GESTACIÓN SEGÚN CORREGIMIENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1994.....	9
3.	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RECIÉN NACIDOS AFECTADOS POR BAJO PESO AL NACER Y LA PREMATURIDAD SEGÚN CORREGIMIENTO DE RESIDENCIA DE LA MADRE. 1993	12
4.	MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD MATERNA POR QUINQUENIO. REPÚBLICA PANAMÁ. 1960-1992.....	28
5.	PORCENTAJE DE COBERTURA DE VIVIENDAS CON AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO SEGÚN ÁREA URBANA Y RURAL. PANAMÁ. CENSO 1990.....	29
6.	MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD MATERNA POR PROVINCIA. REPÚBLICA DE PANAMÁ. 1992.....	29

7.	NACIMIENTOS VIVOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ CON ASISTENCIA PROFESIONAL DEL PARTO POR PROVINCIA. PANAMÁ. 1992.....	32
8.	DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ENFERMERAS POR HABITANTES SEGÚN REGIÓN DE SALUD. PANAMÁ. 1994.....	33
9.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA EDAD DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	79
10.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA RAZA DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	80
11.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SITUACIÓN CONYUGAL DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	81
12.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	82

13.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	83
14.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL SEGÚN EL INGRESO FAMILIAR DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	84
15.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	85
16.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ORIGEN DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	86
17.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE GRAVIDEZ DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	86

18.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE EMBARAZO PREVIO NORMAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	89
19.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA DURACIÓN DEL INTERVALO INTERGENÉSICO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	90
20.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	91
21.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ESTADO DE SALUD PREVIO AL EMBARAZO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	92
22.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL MOTIVO PARA INICIAR EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	93

23.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE RIESGO A LA SALUD MATERNA FETAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD.....	94
24.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNA FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	95
25.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES ORGANIZACIONALES EN EL INICIO DEL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	97
26.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO SIMPLE DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	98

27.	EFFECTO DE LAS VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNA FETAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.....	103
28.	EFFECTO DE LAS VARIABLES DE EXPERIENCIA OBSTÉTRICA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNA FETAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.....	104
29.	EFFECTO DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA PRESTADOR DE ATENCIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNA FETAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.....	105
30.	EFFECTO DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNA FETAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.....	105
31.	EFFECTO DE LAS VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS SOBRE LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNA FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.	106

32.	EFECTO DE LAS VARIABLES DE EXPERIENCIA OBSTÉTRICA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNA FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.....	107
33.	EFECTO DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA PRESTADOR DE ATENCIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNA FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.....	107
34.	EFECTO DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES SOBRE LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNA FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.	108

ÍNDICE DE GRÁFICAS.

1.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA EDAD DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	79
2.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA RAZA DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	80
3.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SITUACIÓN CONYUGAL DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	81
4.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	82
5.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	83

6.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL INGRESO FAMILIAR DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	84
7.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE EMBARAZO PREVIO NORMAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	89
8.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA DURACIÓN DEL INTERVALO INTERGENÉSICO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	90
9.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	91
10.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ESTADO DE SALUD PREVIO AL EMBARAZO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.....	92

11. CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL MOTIVO PARA INICIAR EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995. 93
12. CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNA FETAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995. 94
13. CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNA FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995. 95
14. CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES ORGANIZACIONALES EN EL INICIO DEL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995. 97

ÍNDICE DE TABLAS.

1.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LAS MEDIAS DE LAS VARIABLES EDAD, INGRESO, INTERVALO INTERGENÉSICO, NÚMERO DE HIJOS PARIDOS Y ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.....	78
2.	CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE LAS MEDIAS DE LAS VARIABLES EDAD, INGRESO, INTERVALO INTERGENÉSICO, NÚMERO DE HIJOS PARIDOS Y ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.....	100

ÍNDICE DE FIGURAS

1.	REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DEL DESARROLLO DEL FOLÍCULO OVÁRICO, SU MADURACIÓN Y ROTURA. FECUNDACIÓN DEL ÓVULO Y DESTINO DEL MISMO HASTA LA NIDACIÓN.	36
2.	ESQUEMA DE LAS CONDICIONES GENERALES QUE CONDUCEN A UNA MUERTE MATERNA.	42
3.	FACTORES DETERMINANTES DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	46
4.	MARCO TEÓRICO PARA EL ESTUDIO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.	49

RESUMEN

Se realizó un estudio con el objeto de identificar factores asociados a la conducta de iniciar tardíamente el control prenatal, en la Región Metropolitana de Salud de Panamá. Para ello, se entrevistó a una muestra representativa de puérperas de la mencionada región de salud. La encuesta se aplicó a 398 mujeres, 199 de las cuales habían iniciado tardíamente el control prenatal y, a 199 que iniciaron dicho control prenatal de manera precoz. Los resultados indican que los eventos relacionados con la experiencia obstétrica previa, la forma como se organiza el servicio para la atención de la embarazada a nivel local y algunos elementos sociopsicológicos de las usuarias, se constituyen en los factores de riesgo de esta conducta. Los productos de la investigación apuntan hacia la necesidad de capacitar con enfoques integrales de atención, a la salud, tanto al equipo local responsable de ésta, como a la comunidad. Además, es necesaria la evaluación integral participativa y permanente, de los procesos de atención, en las organizaciones locales de salud.

SUMMARY

A study was carried out with the purpose of identifying factors associated with the behavior of beginning prenatal care lately in Panama's Metropolitan Health Region. To accomplish this, a representative sample of puerperal women from this region was interviewed. The inquiry was applied to 398 women, 199 of which had begun prenatal care lately, and another 199 who had begun this care immediately. The results show that the events related with previous obstetrical experience, the way in which the service for attending the pregnant at local level is organized, and some sociopsychological characters of the users are constituent in the risk factors of this behavior. The products of the investigation aim to the need of enabling integral focus to health attention in both the local health team and the community. Moreover, is necessary the permanent, whole and participative evaluation, of the attention processes, in the local health organizations.

INTRODUCCIÓN

Es un hecho ampliamente conocido, que la atención prenatal iniciada tempranamente y recibida de manera continua durante todo el embarazo, es un instrumento importante que permite al equipo de salud que atiende a la mujer embarazada, determinar la condición de salud del binomio madre feto, así como el identificar situaciones de riesgo para la salud de este complejo conjunto, permitiendo el establecimiento de planes y medidas de atención, que disminuyan o eliminen las situaciones de peligro y permitan alcanzar el objetivo final de todo control prenatal, que es el parto sin complicaciones, para la madre de un niño sano.

En la Región Metropolitana de Salud de Panamá, se observa anualmente la persistencia de cifras relativamente elevadas de mujeres que ingresan al sistema de atención del embarazo, una vez que han superado las doce primeras semanas de gestación.

Los médicos y los equipos de salud reconocen que las 12 primeras semanas de gestación, constituyen el período durante el cual se establece el proceso de génesis de órganos, e inicio de las funciones de los sistemas que constituyen al ser humano. Al mismo tiempo saben, que este es un periodo en donde, por el hecho de estar conformándose el ser humano, el mismo es altamente vulnerable a la exposición de drogas, medicamentos, microorganismos y otros factores de naturaleza física o química, que pueden alterar su funcionamiento durante la vida extrauterina.

Ante esta situación, la identificación de aquellas circunstancias que participan en la producción y persistencia de la conducta de iniciar tardíamente el control prenatal, se constituye en una necesidad, a fin de generar conocimientos que permitan identificar alternativas de solución que no sólo neutralicen esta situación, sino que además contribuyan a la promoción de conductas saludables en la población las cuales permitan contribuir a alcanzar la finalidad del sistema de salud: que es mejorar la calidad de vida de la población.

El presente trabajo de investigación determinará las características de las gestantes y de los servicios de atención maternal, incidentes en el control prenatal tardío en la Región Metropolitana de Salud, con la intención de facilitar el diseño de estrategias participativas de promoción de la salud, así como proporcionar elementos que faciliten la identificación de grupos humanos postergados a la atención de salud.

El estudio está estructurado en cuatro capítulos. En el primero se presenta el Marco Conceptual, en donde se expone el problema objeto de la investigación, analizando sus antecedentes, su frecuencia, tendencia en el tiempo y las consecuencias que genera, sustentando la necesidad de la investigación. A continuación se establecen los objetivos, propósitos y supuestos que proporcionan la direccionalidad al estudio.

El segundo capítulo contiene la revisión bibliográfica que presenta el panorama de la situación de salud en el país y de la mujer embarazada en particular, así como el estado de los servicios de salud para la atención prenatal. Se sustenta también y desde el estado actual de conocimientos, la importancia del control prenatal, la situación de la mortalidad materna y perinatal asociada al acceso a los servicios de salud, revisando también los conocimientos sobre acceso y utilización de éstos. Por último, se presenta a la Región Metropolitana de Salud, como el sistema prestador de servicios, para la atención de la salud de la gestante.

El capítulo tercero describe el método seleccionado y utilizado durante el proceso de investigación. El estudio es analítico, de casos y controles. Abarca la identificación del universo, el cual estuvo constituido por el total de gestantes que iniciaron el control prenatal en la Región Metropolitana de Salud en el año de 1995 y utilizaron la maternidad del Hospital Santo Tomás, para la atención del parto; la determinación del tamaño de la muestra del estudio, los criterios de inclusión y exclusión de las gestantes en el estudio.

La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta directa a las puérperas. En el proceso de análisis de las variables se utilizó el porcentaje, el promedio, la proporción, la razón de disparidad, la estratificación y la prueba de medias.

El cuarto capítulo contiene el análisis e interpretación estadística de los resultados obtenidos, presentado mediante cuadros, tablas y gráficas.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones productos de la investigación.

CAPÍTULO I
MARCO CONCEPTUAL

A. EL PROBLEMA.

1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.

La atención prenatal temprana es una actividad que procura la buena salud de la madre y el niño. Practicada con regularidad, se asocia con tasas muy reducidas de morbilidad materna fetal. Sin embargo, el acceso a esta atención no es uniforme para todas las mujeres, tanto en países en desarrollo como en aquellos desarrollados¹

La mujer panameña embarazada no escapa a esta situación. Como ejemplo, observamos en la Región Metropolitana de salud, de manera persistente, elevados porcentajes de gestantes que inician los controles prenatales en forma tardía, generalmente durante el segundo o tercer trimestre de gestación. **(Cuadro N°1).**

A pesar de que se reconoce que la atención prenatal ofrecida tempranamente es capaz de identificar embarazos con riesgos para la salud de la mujer y de su feto, así como prevenir desenlaces desfavorables para este binomio, esta medida preventiva de salud pública aún no alcanza la transcendencia que debiera.²

¹ Rachel Rodríguez y otros. **De Madres a Madres: programa comunitario para un mayor acceso a la atención prenatal.** Bol. of Sanit Panam. Washington. Vol 116, N°2. 1994. p.82.

² Lisa Rendón y otros. **Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina.** Bol. of Sanit Panam. Washington. Vol 115, N° 6. 1993. p. 473.

CUADRO N° 1

**INGRESO DE MUJERES AL CONTROL PRENATAL POR TRIMESTRE DE
GESTACIÓN SEGÚN AÑO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD.
1990-1994.**

AÑO	PRENATALES		TRIMESTRE DE GESTACIÓN					
	Nº	%	PRIMER		SEGUNDO		TERCER	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
1990	6355	100	2686	42.3	2583	40.6	1086	17.1
1991	5888	100	2221	37.7	2705	46.0	962	16.3
1992	6185	100	2497	40.4	2615	42.3	1073	17.3
1993	6167	100	2521	40.90	2701	43.8	945	15.3
1994	6380	100	2643	41.4	2786	43.7	951	14.9

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1994.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

Un problema constante que reflejan las evaluaciones de las actividades del Programa Maternal de la Región Metropolitana de Salud, es la persistencia de elevados porcentajes de gestantes que inician la atención prenatal posterior a haber completado las 12 primeras semanas de gestación (**Cuadro N° 1**).

Las Normas Nacionales Técnicas Administrativas del Programa Maternal, proponen que el 80% de las mujeres embarazadas en el país, deben ingresar al programa de control prenatal durante el primer trimestre de la gestación; sin embargo, los porcentajes de captación de gestantes por corregimientos de la Región Metropolitana, en el año de 1994, revelan no sólo valores muy inferiores al 80% en el primer trimestre de gestación, sino además la existencia de cifras de ingreso al programa, muy por debajo del porcentaje regional. (**Cuadro N°2**). Esta situación se hace reiterativa a pesar del

establecimiento cada año durante el ejercicio de programación local, de estrategias innovadoras para la captación precoz de las gestantes.

En ese mismo año el Programa Maternal de la Región Metropolitana de Salud, proporcionó un total de 3.8 consultas por gestante, mientras que la norma de concentración del Programa Nacional contempla un total de siete controles prenatales por cada gestante, cuatro de los cuales deberán ser proporcionados antes de la 28 semanas de gestación. Estas estadísticas son altamente indicadoras de que el ingreso tardío al control prenatal, afecta la extensión de cobertura a este programa y disminuye las oportunidades de un diagnóstico precoz de las complicaciones del embarazo y su tratamiento oportuno.

CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO DE MUJERES AL CONTROL PRENATAL POR TRIMESTRE DE GESTACIÓN SEGÚN CORREGIMIENTO DE RESIDENCIA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1994.

CORREGIMIENTO	TOTAL		TRIMESTRE DE GESTACIÓN					
	Nº	%	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	6380	100	2643	41.4	2786	43.7	951	14.9
SAN FELIPE	284	100	145	51.0	108	38.0	31	11.0
SANTA ANA	489	100	266	54.4	156	31.9	67	13.7
CHORRILLO	248	100	170	68.5	59	23.8	19	7.7
CALIDONIA	373	100	179	48.0	137	36.7	57	15.3
CURUNDU	312	100	67	21.5	155	49.7	90	28.8
PUEBLO NUEVO	471	100	234	49.7	188	39.9	49	10.4
PARQUE LEFEBRE	443	100	118	26.6	251	56.7	74	16.7
RÍO ABAJO	328	100	143	43.6	129	39.3	56	17.1
SAN FRANCISCO	182	100	86	47.3	61	33.5	35	19.2
JUAN DÍAZ	578	100	219	37.9	266	46.0	93	16.1
PEDREGAL	571	100	160	28.0	316	55.3	95	16.6
TOCUMEN	705	100	247	35.0	385	54.6	73	10.4
ANCÓN	39	100	12	31.0	23	59.0	4	10.0
VERACRUZ	291	100	116	39.9	130	44.7	45	15.4
MAÑANITAS	451	100	148	32.8	228	50.6	75	16.6
24 DE DIC.	615	100	333	54.1	194	31.5	88	14.3

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1994.

En las instalaciones de la Región Metropolitana de Salud, el Sistema de Información del Programa Maternal, se orienta fundamentalmente al recuento de frecuencias de entidades patológicas, que se consignan en la hoja de registro diario de consultas, situación que imposibilita la correlación entre los procesos morbosos y el momento de inicio del control prenatal. Igual situación se encuentra, si se intenta valorar la relación entre control prenatal tardío y los trastornos en la salud del recién nacido.

La información disponible referente a los problemas de salud de las gestantes de esta región en un momento particular de la gestación, procede de los diagnósticos de egresos de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, que se registran en el Sistema Informático Perinatal.³ Este sistema revela que en el año de 1994, la principal causa de egreso hospitalario se debió en un 59.6% de los casos, a Hemorragias del Primer Trimestre de Gestación. El 12% de los egresos fueron motivados por los Trastornos Hipertensivos del Embarazo, siendo ésta la tercera causa de egreso hospitalario en ese nosocomio. Esta información aunque incluye mujeres no residentes en la Región Metropolitana de Salud, permite correlacionar la misma con el universo de gestantes de la Región (**Cuadro N° 1, página 8**). En el año 1994 el 41.4% de las mujeres residentes en la Región Metropolitana de Salud ingresaron al control prenatal en el primer trimestre de gestación y el 14.9% lo hizo durante el tercer trimestre de gestación, (**Cuadro N° 1**), lo cual permite inferir que existe un alto grado de desconocimiento en la mujer, de

³ Sistema Informático Perinatal. Departamento de Estadísticas y Registros Médicos del Ministerio de Salud. Cifras preliminares 1995.

la elevada frecuencia de trastornos potencialmente mortales, en períodos específicos de la gestación.

En cuanto a la salud del recién nacido, el sistema de información del programa maternal, recoge datos sobre la incidencia de bajo peso al nacer y de prematuridad en los recién nacidos de la Región Metropolitana de Salud. Este sistema reveló que el 8.5% de estos presentaron un peso inferior a 2500 gramos al nacer (**Cuadro N° 3**).

La OMS ha definido el bajo peso al nacer como aquel menor de 2500 gramos. El peso al nacer depende fundamentalmente de dos factores: duración del embarazo y crecimiento intrauterino, el cual a su vez está íntimamente ligado al estado nutricional de la madre. Es un indicador del futuro crecimiento y desarrollo del niño.

Los niños con bajo peso al nacer corren mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal; en ellos los índices de crecimiento y desarrollo neurológico postnatales anormales son más altos que en el grupo de peso normal al nacer.⁴ Neel y Alvarez⁵, en un estudio sobre factores de riesgo de malnutrición fetal en Guatemala, reportaron la asociación significativa entre el control prenatal iniciado en el tercer trimestre de gestación, o con menos de cinco consultas y el bajo peso al nacer. Estas observaciones corroboran estudios previos realizados por Elster en 1983, cuando estudió la asociación entre control prenatal iniciado en el tercer trimestre y el riesgo de bajo peso al nacer. La

⁴ Kestler, E. y otros. **Identificación de embarazos de alto riesgo de bajo peso al nacer en zonas urbanas de América Latina: II índice simplificado de detección precoz en la ciudad de Guatemala.** Bol. of Sanit Panam 111(3), 1991. p. 201.

⁵ Nancee Neel y José Alvarez. **Factores de riesgo de malnutrición fetal en un grupo de madres y neonatos guatemaltecos.** Bol. of Sanit Panam 110(2) 1991. p. 100.

Conferencia Internacional sobre Nutrición, Situación Alimentaria y Nutricional de América Latina, realizada en Santiago de Chile en 1993, aporta información sobre la magnitud del problema que permite comparar la situación. El rango va desde cifras del 15.0% en Ecuador y Nicaragua a 5.7% en Chile. En 1992 en Panamá la cifra alcanzó el orden del 8.5%.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RECIÉN NACIDOS AFECTADOS POR EL BAJO PESO AL NACER Y LA PREMATURIDAD SEGÚN CORREGIMIENTO DE RESIDENCIA DE LA MADRE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD DE PANAMÁ. 1993.

CORREGIMIENTO	NACIMIENTOS	BAJO PESO	%	PREMATUROS	%
TOTAL	11,054	935	8.5	451	4.1
SAN FELIPE	213	15	7.0	7	3.3
SANTA ANA	642	53	8.2	24	3.7
CHORRILLO	426	45	10.6	16	3.7
CALIDONIA	434	39	9.0	18	4.1
CURUNDU	481	43	9.0	16	3.3
PUEBLO NUEVO	465	51	11.0	24	5.2
PARQUE LEFEVRE	717	66	9.2	36	5.0
RIÓ ABAJO	507	43	8.5	19	3.7
SAN FRANCISCO	620	38	6.1	39	6.3
JUAN DÍAZ	1335	106	8.0	55	4.1
PEDREGAL	969	84	8.7	24	2.5
TOCUMEN	1143	107	9.4	40	3.5
ANCÓN	560	33	6.0	22	4.0
VERACRUZ	231	26	11.2	14	6.0
BELLA VISTA	498	24	5.0	33	6.6
TABOGA	14	0	0.0	0	0.0
BETHANIA	624	56	8.9	32	5.0
OTOQUE	6	1	16.6	0	0.0
MAÑANITAS	505	39	7.7	15	3.0
24 DE DIC.	664	66	10.0	17	2.6

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICA. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1993.

La persistencia del fenómeno control prenatal tardío en la Región Metropolitana de Salud, refleja la necesidad de investigar los factores que participan en la génesis del problema y supone, la necesidad de evaluar la situación particular de la mujer y de los servicios prestadores de la atención, en cada corregimiento de la Región, en especial, aquellos que presentan elevados porcentajes de captación de gestantes después del primer trimestre, con la finalidad de que las estrategias propuestas alcancen el impacto esperado, como resultado de una evaluación empírica y no subjetiva.

La revisión bibliográfica realizada para este trabajo de investigación, reveló la inexistencia en nuestro medio de estudios de factores asociados a la prevalencia de altos porcentajes de ingreso tardío al control prenatal. La información relativa a este tema, está contenida en las Encuestas de Atención a la Salud Materno Infantil, realizadas en 1979 y 1984, que recogen información sociodemográfica de las mujeres y que revelan que las mujeres entrevistadas representan porcentajes del orden del 72.7% y del 78.9% de ingreso a control prenatal en los tres primeros meses de gestación, respectivamente. Entre las conclusiones de la encuesta de 1984, se mencionan la aparente relación entre la mayor disponibilidad de ingresos y de niveles de educación, con la asistencia precoz a los cuidados prenatales. Este hallazgo concuerda con estudios sobre el acceso a los cuidados de atención prenatal realizados en Houston, Texas,⁶ en donde se identifica a la situación económica de la mujer como factor prioritario, que guarda relación directa con la atención temprana del embarazo. El mencionado estudio adicionalmente identifica,

⁶ Rachel Rodríguez y otros. **De Madres a Madres: programa comunitario para un mayor acceso a la atención prenatal.** Bol. of Sanit Panam. Washington. Vol. 116, N°2. 1994

factores del sistema prestador de la atención y factores psicosociales de la embarazada, como son la falta de transporte y la ambivalencia emocional frente al embarazo entre otros, como obstáculos a la atención prenatal precoz. Lisa Rendón⁷ cita a la falta de educación y a las creencias culturales como elementos que interfieren con la demanda a la atención prenatal precoz. En relación a esos últimos factores, en marzo de 1995 y como parte de esta investigación, se ejecutó en algunos centros de la Región Metropolitana de Salud, una encuesta para determinar la prevalencia de algunas creencias y actitudes con respecto a los cuidados prenatales.⁸ La misma reveló que 37.1% de las mujeres encuestadas no perciben riesgos a la salud materno infantil en el primer trimestre de gestación y que el 22.6% cree que los cuidados prenatales debieran iniciarse una vez superado el primer trimestre de gestación. (**Anexo N°1**).

La situación de la atención a la salud de la mujer y el feto durante el embarazo en la Región Metropolitana de Salud, expuesta por las cifras porcentuales presentadas, reflejan un control prenatal inadecuado tanto en extensión como en oportunidad, en una proporción significativa de gestantes. La ausencia de estudios nacionales sobre las causas de este situación, la existencia de una proporción importante de ingresos hospitalarios por problemas específicos del primer trimestre de embarazo y del tercer trimestre, implican mayores riesgos a la vida del binomio madre-feto y contribuyen altamente al aumento de

⁷ Lisa Rendón y otros. **Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina**. Bol. of Sanit Panam 115(6), 1993. p.474.

⁸ Gloriela Gordón. **Creencias y Actitudes acerca del Control Prenatal Precoz en Mujeres de edad fértil, residentes en la Región Metropolitana de Salud**. Inédito. 1995.

los costos de atención. La asociación causal ya comprobada, entre el control prenatal inadecuado y el bajo peso al nacer, orienta el desarrollo de esta investigación destinada a responder a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al inicio tardío del control prenatal en gestantes residentes de la Región Metropolitana de Salud?

3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

El estudio destinado a responder a la interrogante planteada, se realizó en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, hospital de tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud, ubicado en la ciudad de Panamá. Esta maternidad constituye el centro de referencia final, para la atención del parto de la mayoría de las gestantes residentes en la Región Metropolitana de Salud. Se estudiaron dos grupos de púerperas con residencia habitual en los corregimientos que conforman la Región Metropolitana de Salud, clasificados de acuerdo con antecedentes verificables de haber:

- inicio del control prenatal durante el primer trimestre de gestación.
- inicio del control prenatal durante el segundo o tercer trimestre de gestación.

La recolección de la información para este estudio se realizó durante los meses de mayo a septiembre de 1995.

B. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Para el 1ª de julio de 1995, se estimó que la población femenina de la Región Metropolitana alcanzaría la cifra de 283,315 mujeres, de las cuales 162,268 (57.2%) estarían en edad fértil. Estas cifras son reveladoras de los esfuerzos y recursos que se requieren para el desarrollo óptimo del Programa Maternal de la Región Metropolitana de Salud.

La información disponible, al momento de realizar esta investigación, reveló para ésta, una tasa de mortalidad materna del orden de 2.7 por diez mil nacidos vivos. Esta tasa indica que tres mujeres mueren por cada 10,000 recién nacidos vivos como consecuencia del embarazo. La revisión de los certificados de defunción, en este período, permitió concluir que dos de los casos de muerte materna detectadas, se debieron a causas obstétricas directas (Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Hemorragia); el tercer caso se debió a complicaciones del embarazo por una cardiopatía previa.

El Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, de la XXIII Conferencia Panamericana para el quinquenio 1990-1994, señaló como objetivo prioritario, atacar las causas directas e indirectas de muerte materna. Entre sus acciones privilegiadas destacó el mejoramiento de los servicios de atención prenatal. Nuestro país, según el informe de la citada conferencia, presenta un índice de necesidades de salud y mortalidad materna, para la década de 1980 clasificado como moderado (tasa de mortalidad materna entre 20 y 49 por cien mil nacidos vivos).

El plan contempla como estrategia específica para los países con índices moderados de salud y mortalidad materna, desarrollar sistemas de identificación de riesgos para la atención ginecoobstétrica, así como adoptar medidas para mejorar la calidad de ésta y la cobertura de mujeres desprotegidas o con embarazos difíciles. Para ello se hace necesario un sistema adecuado de recolección, registro y análisis de datos, partiendo de el nivel comunitario, para cuantificar e investigar sobre la base de parámetros objetivos, la calidad de los servicios prenatales y las características sociales y reproductivas de la población femenina.

Los sistemas actuales de notificación y registro de los problemas de la salud de la mujer en nuestro país son inadecuados, ya que no permiten por una parte, un registro confiable de los procesos mórbidos de la mujer embarazada. Ésto aunado a un enfoque de atención y de uso de los servicios eminentemente curativos, no ha permitido el desarrollo de sistemas de vigilancia de factores de riesgo por un lado y mucho menos de un sistema de vigilancia de la salud de la mujer.

La debilidad en la identificación de estrategias de promoción y prevención, evidenciada por la elevada proporción de mujeres que ingresan tardíamente a la atención del embarazo, justifican realizar una investigación sobre los factores de riesgo que expliquen este problema, para así contribuir al diseño de estrategias participativas que fomenten la disminución de complicaciones materno fetales y por ende la salud del binomio madre-feto.

C. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar características de las gestantes y de los servicios de atención maternal, incidentes en el control prenatal tardío en la Región Metropolitana de Salud.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- * Cuantificar características sociodemográficas de los grupos de estudio.
- * Determinar la frecuencia de las características socioculturales de los grupos de estudio.
- * Establecer el promedio de accesibilidad geográfica al sistema de prestaciones de servicios para los grupos de estudio.
- * Determinar la proporción de mujeres con conocimientos sobre el beneficio del control prenatal precoz en los grupos de estudio.
- * Establecer la frecuencia de mujeres con conocimientos sobre riesgos a la salud materno fetal durante el primer trimestre de gestación.
- * Establecer las posibles diferencias en las proporciones de las características estudiadas en los grupos de estudio.
- * Determinar si existen diferencias significativas en los hallazgos.

D. PROPÓSITOS.

Los propósitos que se pretenden alcanzar con este trabajo de investigación son los siguientes:

- * Contribuir al Sistema de Información Nacional en Salud sobre los factores que afectan el acceso oportuno de la mujer gestante a los sistemas de atención preventivos de la salud.
- * Facilitar al diseño de estrategias participativas de promoción de la salud, prevención de daños y factores de riesgo, basadas en resultados objetivos y científicamente fundados.
- * Proporcionar elementos que faciliten la identificación de grupos humanos postergados a la atención de salud de la mujer, en el país.

E. HIPÓTESIS.

- Ho** No existen diferencias significativas de las características de las gestantes y de los servicios de atención maternal incidentes en el control prenatal tardío, en la Región Metropolitana de Salud.
- Ha** Las características de las gestantes y de los servicios de atención maternal, son altamente incidentes en los problemas de salud del binomio madre-feto, dependiendo al trimestre en que se inicia el control prenatal en la Región Metropolitana de Salud.

F. VARIABLES DE ESTUDIO.**1. VARIABLES.**

Control prenatal precoz

Control prenatal tardío

Edad

Estado Civil

Educación

Raza

Lugar de residencia

Origen

Empleo

Ingreso

Gravidez

Intervalo Inter-genésico

Número de hijos paridos.

Planificación del embarazo.

Motivo de la primera consulta del embarazo

Situación de salud previa al embarazo

Conocimiento sobre riesgos durante el primer trimestre de gestación

Conocimiento sobre beneficio del control prenatal precoz

Accesibilidad geográfica

Factores organizacionales.

2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Control prenatal precoz:

Es la atención del embarazo iniciada por la mujer del estudio, en cualquier establecimiento de la Región Metropolitana de Salud, a una edad gestacional de 12 o menos semanas de gestación.

Control prenatal tardío:

Es la atención del embarazo iniciada por la mujer del estudio, en cualquier establecimiento de la Región Metropolitana de Salud, a una edad gestacional de 13 o más semanas de gestación.

Edad:

Son los años cumplidos por la mujer a partir de su fecha de nacimiento al momento de realizar la primera consulta de control prenatal.

Estado civil:

Es la situación conyugal de la mujer al momento de iniciar la primera consulta de control prenatal.

Educación:

Es el último año y nivel escolar aprobado por la mujer en el sistema formal de educación del país, al momento de iniciar los cuidados prenatales.

Raza:

Para este estudio, la raza está dada por la coloración de la piel que exhiba la mujer.

La etnia indígena se considera raza en este estudio.

Lugar de residencia:

Es el corregimiento en donde se encuentra el domicilio habitual de la mujer al momento de iniciar el control prenatal.

Origen:

Es el lugar donde la mujer del estudio vivió los años pre escolares.

Empleo:

Es toda ocupación remunerada que realice o ejerza una mujer del estudio, cuyo horario de labores coincida con el horario de atención de las instalaciones de salud de la Región Metropolitana de Salud.

Ingreso:

Es el total de dinero que ingresa al grupo familiar de la mujer del estudio, por mes.

Gravidez:

Es el número de veces que la mujer ha experimentado embarazo, con independencia del resultado del mismo.

Intervalo intergenésico:

Es el tiempo medido en meses entre la fecha del último nacimiento de un feto vivo que sobrevive y la fecha de la última menstruación del actual embarazo.

Situación de salud previa al embarazo:

Es la condición percibida por la mujer o diagnosticada por el sistema sanitario formal, de la salud de la mujer del estudio, antes de iniciar el embarazo.

Motivo de la primera consulta del control prenatal:

Es el tipo de necesidad de atención percibida por la mujer, al momento de iniciar el control del embarazo.

Conocimientos sobre riesgos a la salud durante el primer trimestre de gestación:

Es el conocimiento que manifieste la mujer del estudio, sobre la existencia de riesgos a la salud de la madre o del embrión, durante los tres primeros meses de gestación.

Conocimientos de la mujer sobre beneficios del control prenatal precoz:

Es la percepción que la mujer del estudio manifieste sobre la disminución o evitación de riesgos materno fetales, durante el embarazo o parto, como producto del inicio de un control prenatal precoz.

Accesibilidad geográfica:

Es el tiempo medido en minutos que tomó a la mujer del estudio para transportarse desde el lugar de su residencia, a la instalación de salud de la Región Metropolitana de Salud, donde asistió a la primera consulta de control prenatal, utilizando medio de transporte usual.

Factores de la organización:

Es la influencia que ejerció la organización de los servicios sobre la decisión de la mujer, para iniciar el control prenatal.

G. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.**Edad Gestacional:**

Es el tiempo de evolución del embarazo contado en semanas a partir del primer día de la última menstruación.

Ovulación:

Es el proceso de liberación ovular del folículo ovárico.

Concepción:

Es el mecanismo biológico por el cual se fusionan los gametos masculino y femenino, para dar lugar a la formación del huevo o cigoto.

Cigoto:

Óvulo fertilizado o fecundado.

Blastocisto:

Modificación que sufre el óvulo fecundado durante su crecimiento celular, por el cual se acumula líquido formándose una cavidad, de tal modo que se identifica un macizo celular a partir del cual se originan las membranas germinales del embrión.

Embrión:

Período que comprende las primeras ocho semanas de desarrollo del ser humano en su vida intrauterina.

Trompa de Falopio:

Estructura tubular hueca, que hace cuerpo con el útero, por donde transcurre el óvulo fertilizado o no, hacia la cavidad uterina.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. SITUACIÓN GENERAL DE SALUD DEL PAÍS Y DE LA MUJER EN PARTICULAR.

Los indicadores globales de salud de la población panameña tales como: Mortalidad General, Infantil, Materna y la Esperanza de Vida, reflejan un mejoramiento de la situación de salud; en parte, como resultado de la ampliación de cobertura de los servicios de atención a la salud de la población y el ambiente (dotación de agua potable y saneamiento básico).⁹ (Cuadro N°4).

Si bien, los indicadores muestran progresos en materia de salud pública, la existencias de graves problemas de naturaleza socio económicos que afectan con distinto grado de intensidad los distintos estratos de la sociedad panameña y las regiones del país, hacen evidente la disparidad en materia de salud, que alcanza a amplios sectores de la población y que se expresa en cifras diferenciales en materia de morbilidad, especialmente la materno infantil; en la incidencia de enfermedades prevenibles; en las limitaciones al acceso de agua potable y saneamiento básico.¹⁰ (Cuadros N°5 y N° 6).

El gobierno actual de la República de Panamá, ha expresado su propósito de llevar a cabo un programa de reducción de la pobreza, programa que en el campo de la salud implica la reducción de riesgos para la salud de la población, en especial los grupos más vulnerables. Para dar cumplimiento a este mandato El Ministerio de Salud¹¹ identificó los

⁹ Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Planificación de la salud. **Situación de Salud de la República de Panamá.** Panamá. Ministerio de Salud. 1995. p.8.

¹⁰ Ministerio de Planificación y Política Económica. **Panamá: Niveles de Satisfacción de las Necesidades Básicas. Mapa de Pobreza.** Panamá. Diciembre, 1993.

¹¹ Ministerio de Salud. **Lineamientos Políticos y Estratégicos de Salud.** Panamá. 1994.

problemas prioritarios en el sector salud, para luego formular políticas y estrategias de ataque a los problemas identificados. Dentro de este proceso se priorizaron 24 problemas sanitarios en las siguientes categorías: Adaptación Social, Salud Física, Salud Pública, Salud Ambiental, Organización de Servicios y Desarrollo Institucional. En la categoría de problemas de Salud Física, se identificó la “persistencia de altas tasas de morbilidad perinatal, infantil y materna”¹², como un problema prioritario a enfrentar en el sector.

CUADRO N° 4

MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD MATERNA POR QUINQUENIO. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 1960-1992.

AÑOS	MORTALIDAD GENERAL(a)	MORTALIDAD INFANTIL (b)	MORTALIDAD MATERNA (b)
1960	8.3	57.8	2.8
1965	7.3	45.4	1.5
1970	7.1	40.5	1.4
1975	5.2	31.0	0.9
1980	4.1	21.7	0.7
1985	4.1	21.8	0.6
1990	4.1	18.9	0.5
1992	4.1	17.2	0.6

(a) Por mil habitantes.

(b) Por mil nacidos vivos.

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS. MINISTERIO DE SALUD. 1992.

¹² Ministerio de Salud. **Lineamientos Políticos y Estratégicos de Salud**. Panamá. 1994. p.46.

CUADRO Nº 5**PORCENTAJE DE COBERTURA DE VIVIENDAS CON AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO SEGÚN ÁREA URBANA Y RURAL. CENSO 1990.**

DETALLE	AGUA POTABLE	%	SANEAMIENTO BÁSICO	%
TOTAL REPÚBLICA	525,236	100.	525,236	100
CON COBERTURA	439,946	83.8	462,746	88.1
ÁREA URBANA	291,497	98.8	290,514	98.4
ÁREA RURAL	148,489	64.5	172,232	74.1
SIN COBERTURA	85,290	16.2	62,490	11.9
ÁREA URBANA	3,699	1.2	4,642	1.6
ÁREA RURAL	81,591	35.5	57,848	25.1

FUENTE: CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. 1990.

CUADRO Nº 6**MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL Y MATERNA POR PROVINCIA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 1992.**

PROVINCIA	MORTALIDAD		
	GENERAL (a)	INFANTIL (b)	MATERNA (b)
TOTAL	4.1	17.2	0.6
BOCAS DEL TORO	3.0	11.3	1.1
COCLÉ	4.1	9.9	0.8
COLON	4.5	18.2	1.5
CHIRIQUÍ	3.4	14.4	0.2
DARIÉN	1.8	13.9	-
HERRERA	4.3	11.4	-
LOS SANTOS	5.2	9.8	-
PANAMÁ	4.1	17.4	0.3
VERAGUAS	3.7	10.9	3.6
KUNA YALA	5.3	10.3	0.7

(a) Por 1,000 habitantes.

(b) Por 1,000 nacidos vivos

FUENTE: DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA Y CENSO. CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. 1992.

Al respecto, la mortalidad materna en el año de 1992, alcanzó 6.0/100,000 nacidos vivos, según cifras oficiales de la Contraloría General de la República. (**Cuadro N° 6, página 29**). La hemorragia constituyó la primera causa específica de muerte materna, seguida de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo y la Sepsis.¹³

Las principales causas de morbilidad ginecológica en 1992, en el país, fueron la cervicitis, amenorrea, la vulvo vaginitis y leucorrea. Las causas más frecuentes de morbilidad materna en el país, fueron la anemia, el bajo peso materno, enfermedades de vías urinarias, trastornos hipertensivos del embarazo y la amenaza de parto prematuro. La morbilidad por aborto presentó para 1991, una tasa de 102.8/1000 nacidos vivos lo cual correspondió a 5910 pérdidas fetales de menos de 20 semanas.

Según datos recabados en diferentes centros de salud durante 1992, el 38.7% de las embarazadas estaban afectadas por bajo peso, para la edad gestacional y 28.8% estaban anémicas¹⁴.

El Ministerio de Salud de Panamá para la atención de la mujer, ejecuta acciones a través del Programa de Salud Integral de la Mujer cuyo objetivo general está dirigido a mejorar la salud de ella, a través de intervenciones integrales de promoción, prevención, atención y rehabilitación; específicamente busca disminuir la morbimortalidad materna, perinatal y de las mujeres en edad fértil, a través de una mayor cobertura y mejora en la calidad de los servicios de atención integral de la población femenina.

¹³ Departamento Materno Infantil. **Reunión de Análisis de la Mortalidad Materna en Panamá. Años 1993-1994**. Panamá. 1995. p.9.

¹⁴ Ministerio de Salud. **II Encuesta de Prevalencia de Desnutrición**. Panamá. Enero 1994.

Entre las Metas de este Programa relacionadas con el tema de investigación que abordamos, podemos señalar:

- * Reducir la mortalidad materna para el año 2000 en 50% de su actual nivel, pasando de 71 por 100 mil nacidos vivos a 30.5 por 100 mil nacidos vivos.
- * Alcanzar para el año 2000, una cobertura de atención prenatal igual o mayor que el 90% y una concentración no menor de cuatro consultas por embarazo.
- * Lograr para el año 2000, índices de captación temprana (primer trimestre) de embarazadas en un 80% de las gestantes.
- * Haber alcanzado para el año 2000 que el bajo peso al nacer no supere el 7% del total de nacimientos.

Las estrategias para alcanzar estas metas incluyen la capacitación del equipo de salud, al personal tradicional, la consolidación de un sistema de vigilancia epidemiológica de la muertes maternas, la información y la educación a la pareja, entre otras.

A pesar del desarrollo de estas estrategias, las coberturas del programa alcanzan a una población restringida por la demanda espontánea, no programada, que se relaciona con la persistencia de modelos curativos de atención a la población en general y a la mujer en particular.

De allí que en el sector público para el año 1994, la cobertura de atención alcanzó al 78.7% de las embarazadas. La cobertura de atención profesional del parto en 1992, según cifras de la Contraloría General de la República fue de 85.8% y para 1993 se estimó en 87.1%. Esta cifra supone un porcentaje de la no atención profesional del parto del 12.9%. **(Cuadro N° 7).**

CUADRO N° 7**NACIMIENTOS VIVOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ CON ASISTENCIA PROFESIONAL AL PARTO POR PROVINCIA. AÑO 1992.**

PROVINCIAS	TOTAL	% DE NAC. CON ATENCIÓN PROFESIONAL AL PARTO (1)
TOTAL	59,905	85.8
BOCAS DEL TORO	3,693	51.7
COCLÉ	4,760	72.8
COLON	4,573	89.9
CHIRIQUÍ	9,046	84.5
DARIÉN	1,147	66.9
HERRERA	2,182	92.8
LOS SANTOS	1,424	97.6
PANAMÁ	26,218	97.5
VERAGUAS	5,818	65.8
KUNA YALA	1,098	64.9

(1) Comprende los nacimientos ocurridos en las Instituciones de Salud y los nacimientos en el hogar que recibieron asistencia de un profesional de la salud.

FUENTE: DEPARTAMENTO DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS. MINISTERIO DE SALUD. 1992.

Estos porcentajes difieren significativamente a nivel del área urbano-rural. Para el año de 1992, el 99.4% de los nacimientos vivos ocurridos en el área urbana, contaron con asistencia profesional al parto, mientras que en el área rural este porcentaje descendió a 72.6%. Esta situación refleja inequidad en la distribución del recurso de salud que afecta el acceso a los servicios médicos. Relacionado a lo anterior, para 1994 se estimó que a nivel nacional existían 11.6 médicos y 9.5 enfermeras por cada 10,000 habitantes; no obstante, la mayoría de estos profesionales se concentraban en la Región Metropolitana de Salud, ya que para ésta la proporción fue de 31.1 médicos y 23.7 enfermeras por cada 10,000 habitantes, en tanto que esta tasa (médicos/10,000 hab) descendía en Bocas del Toro a 5.3, en Darién a 4.8; en Chiriquí a 3.9 y en San Blas a 3.2 (Cuadro N°8).

CUADRO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ENFERMERAS POR HABITANTES SEGÚN REGIÓN DE SALUD. PANAMÁ AÑO 1994.

REGION DE SALUD	MÉDICOS		ODONTÓLOGOS		ENFERMERAS	
	Nº	TASA (1)	Nº	TASA (1)	Nº	TASA (1)
TOTAL	2986	11.6	548	2.1	2447	9.5
BOCAS DEL TORO	61	5.3	19	1.6	85	7.4
COCLÉ	116	6.2	39	2.1	120	6.4
COLON	232	10.4	27	1.2	172	7.7
CHIRIQUÍ (2)	81	3.9	36	0.9	61	1.5
DARIÉN	26	4.8	2	0.4	35	6.5
HERRERA	98	9.8	28	2.8	94	9.4
LOS SANTOS	93	11.6	23	2.9	100	12.5
PANAMÁ ESTE	63	7.7	21	2.6	67	8.2
PANAMÁ OESTE	178	7.9	47	2.1	154	6.8
METROPOLITANA (3)	1593	31.1	195	3.8	1212	23.7
SAN MIGUELITO	167	4.4	58	1.5	88	2.3
SAN BLAS	12	3.2	8	2.1	28	7.5
VERAGUAS	190	8.7	45	2.1	126	5.8

(1) calculada por 10,000 habitantes.

(2) no incluye recursos humanos de c.s.s.

(3) incluye recursos humanos de la sede.

FUENTE: ENCUESTA BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS. FASE 1. DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS. MINISTERIO DE SALUD. 1994.

Aunque el Programa de Salud Integral de la Mujer contempla la ejecución de estrategias que resulten en la consecución de las metas propuestas para el año 2000, el mismo logrará mejores resultados si cuenta con personal capacitado en enfoques integrales y participativos de atención, para el fomento de la salud de la mujer y si en efecto, se incorporan al modelo de atención de prestaciones de servicios de salud en el país.

B. IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL EN LA SALUD MATERNO FETAL.

1. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE CONCEPCIÓN, IMPLANTACIÓN Y EMBRIOLOGÍA HUMANA.

La duración normal del embarazo calculado a partir de el primer día de la última menstruación normal, se estima en 280 días o 40 semanas.

Habitualmente, la duración del embarazo se mide en semanas, mediante el cálculo de la fecha probable de parto, la cual se estima agregando siete días a la fecha del primer día del último período menstrual y restando tres meses al último mes del período menstrual. (Regla de Naegele).

En la práctica se acostumbra a dividir al embarazo en tres partes iguales de tres meses calendarios cada uno (trimestres). Esto se explica por la existencia de ciertos problemas obstétricos importantes y específicos de cada uno de estos períodos. Por ejemplo: la mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante el primer trimestre de embarazo, mientras que prácticamente todos los casos de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, se hacen clínicamente evidentes durante el tercer trimestre de gestación. Lo apropiado es utilizar como unidad de medida de la duración del embarazo, las semanas de gestación completadas.

La ovulación y la concepción ocurren aproximadamente, unos 14 días antes del período menstrual. La concepción o fertilización se produce en la Trompa de Falopio, donde se inicia el proceso de división celular del óvulo fecundado y el tránsito del cigoto

en desarrollo, hacia la cavidad uterina. (**Figura N°1**). Este desplazamiento consume un período de tres a cinco días, durante el cual se forma el blastocisto, una estructura compuesta por una única capa de células que rodea a una cavidad central. La implantación, proceso de unión entre el blastocisto y el endometrio de la cavidad uterina, se inicia entre el 5° y el 8° día y se completa entre el 9° y 10° día.

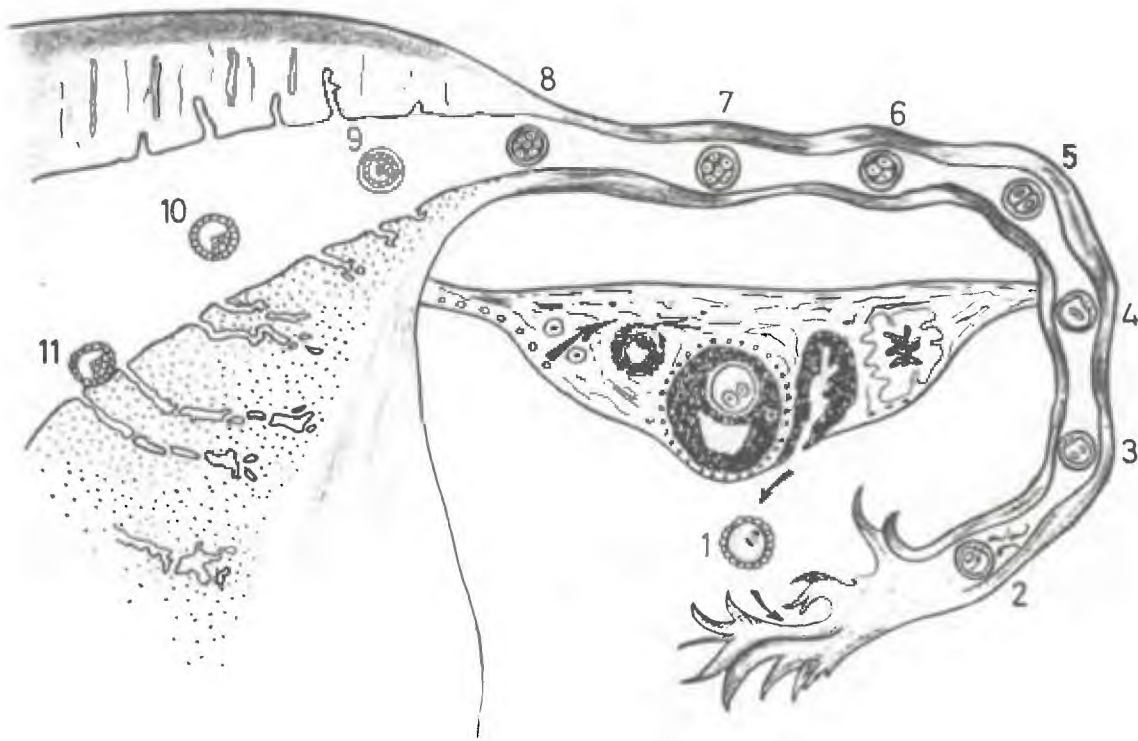
Una vez implantado, el embrión continúa creciendo, pero el embarazo queda limitado a una pared de la cavidad uterina hasta la 12ª semana de gestación.

El producto de la concepción es reconocible unos 10 días tras la fertilización. Están presentes las tres capas germinativas (ectodermo, mesodermo y endodermo) y, habitualmente son distinguibles. El corazón empieza a latir y a bombear plasma a los vasos sanguíneos, a partir del 20 ° día. Los hematíes fetales aparecen alrededor del día 21. La formación de los órganos se completa hacia la 12ª semana del embarazo, excepto en lo que respecto al Sistema Nervioso Central, que continua su desarrollo a lo largo del embarazo y el período post natal.

La mayoría de las malformaciones ocurren durante las primeras 12 semanas de embarazo, momento en que las influencias teratógenas externas, son más destructivas. Lo anteriormente expuesto, fundamenta la recomendación de evitar todo tipo de inmunización (virus vivos atenuados) hasta después de la 12ª semana del embarazo, de ser necesario, así como la ingestión de fármacos potencialmente teratógenos.

FIGURA N° 1.

REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DEL DESARROLLO DEL FOLÍCULO OVÁRICO, SU MADURACIÓN Y ROTURA. FECUNDACIÓN DEL ÓVULO Y DESTINO DEL MISMO HASTA LA NIDACIÓN.



1) Ovocito con la primera división de maduración, que será captado por la trompa; 2) el ovocito, una vez realizada la división reduccional, es fertilizado en el tercio externo de la trompa; 3) ambos pronúcleos, femenino y masculino, listos para unirse; 4) primer huso de división previo a la primera segmentación blastomérica; 5) primera división blastomérica: etapa de dos células; 6) etapa de cuatro células; 7) etapa de ocho células; a) está formada la mórula; 9), 10) al entrar en la cavidad uterina, la mórula se transformó en blástula: blastocisto; 11) el blastocisto comienza su implantación (7° día después de la ovulación y 20-21 días del ciclo menstrual).

2. EL CONTROL PRENATAL EN LA SALUD MATERNO FETAL.

El Control Prenatal es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza¹⁵.

El cuidado prenatal actual que destaca el aspecto preventivo de la atención de la mujer embarazada, es un progreso relativamente nuevo, que data de comienzos de este siglo, cuando un grupo de enfermeras del Instructive Nursing Association de Boston, decidieron con el propósito de contribuir a la salud de la embarazada, iniciar un programa de visitas domiciliarias a toda mujer en este estado que se registró en el Boston Lying-In Hospital para la atención de un parto futuro. Hasta ese momento, la mujer gestante consultaba al médico inicialmente, con el propósito de establecer el diagnóstico de embarazo y era vista nuevamente por la inminencia del parto.

Dotado de características de integralidad y enfoque de riesgo, es un fenómeno que ha tenido un gran desarrollo en los últimos 30 años.

El embarazo es un fenómeno fisiológico normal, que con relativa baja frecuencia se complica al grado de originar trastornos potencialmente peligrosos para la mujer o el feto. Sin embargo, los cambios funcionales generados por el embarazo, pueden generar una alteración en los mecanismos fisiológicos de la mujer, de tal magnitud que pueden generarse riesgos para la salud de la mujer, su feto o ambos.

¹⁵ Ricardo Schwarcz y otros. **Salud Reproductiva Materna Perinatal. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo.** Montevideo. 1995. p.11.

Se comprende entonces, que los cuidados prenatales tienen como principal meta la identificación y el tratamiento de la gestante con riesgos, entendiendo que se trata de aquella mujer cuyo embarazo por algún motivo de sus antecedentes médicos, o por la existencia de un trastorno significativo, pueda dar lugar a una evolución desfavorable.

El propósito del cuidado prenatal es entonces asegurar, en todo lo posible un embarazo sin complicaciones para la madre y al final, el parto de un lactante vivo y saludable.

Los objetivos iniciales del control prenatal son:

- * Definir la condición de salud de la madre y el feto.
- * Determinar la edad gestacional del feto.
- * Establecer e iniciar un programa de cuidado obstétrico continuo, con la finalidad de identificar y tratar precozmente a la mujer cuya gestación genere riesgos a la salud materna o fetal y pueda originar un desenlace desfavorable.

Para alcanzar estos objetivos, el control prenatal eficaz debe reunir las siguientes condiciones:

- * Precoz.
- * Periódico.
- * Integral.
- * Extenso.

Precoz: la primera visita debe realizarse temprano en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón

fundamental del control. Permite además, la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, incrementando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso, particularizando las características de la atención obstétrica que se deba proporcionar.

Periódico: estableciendo una frecuencia de los controles prenatales acordes a las necesidades y el riesgo identificado para cada embarazada.

Integral: con contenidos que garanticen el cumplimiento de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Extenso: a medida que la cobertura de la población aumenta, se espera que mayor sea el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, en conjunto con otras medidas de salud pública tales como: la atención profesional e institucional del parto, el empleo del enfoque de riesgo para determinar referencia y niveles de atención, contribuye a evitar muertes y lesiones maternas y perinatales. Adicionalmente logra otros efectos generalmente no medidos, por la aplicación extensiva del control prenatal, entre los cuales cabe mencionar: modificaciones en los patrones reproductivos al despejar tabúes y miedos, generar confianza hacia el sistema de salud, mejorar actitudes respecto a la maternidad, el control del crecimiento y desarrollo ulterior del niño y la lactancia materna.

No obstante los beneficios que se derivan de esta medida de salud pública, todavía siguen identificándose barreras, para que el control prenatal alcance una mayor efectividad. Entre estas podemos mencionar:

- * Costo: gastos de transporte, pérdida de horas laborales.
- * Problemas en la organización para brindar el control prenatal.
- * Barreras de orden cultural.
- * Inaccesibilidad geográfica.
- * Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad de control.
- * Falta de promoción en las comunidades y apropiación de su importancia.

C. MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

Cada año se notifican unas 500,000 defunciones por causas maternas a nivel mundial, 34,000 de las cuales ocurren en los países de América Latina¹⁶ (270/100,00 nacidos vivos). Se estima que 98% de estas muertes son prevenibles cuando se establecen medidas dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la mujer y su acceso a servicios de atención prenatal adecuados.

La mortalidad materna, definida como la muerte de una mujer por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, por lo expuesto en líneas anteriores no suele deberse a

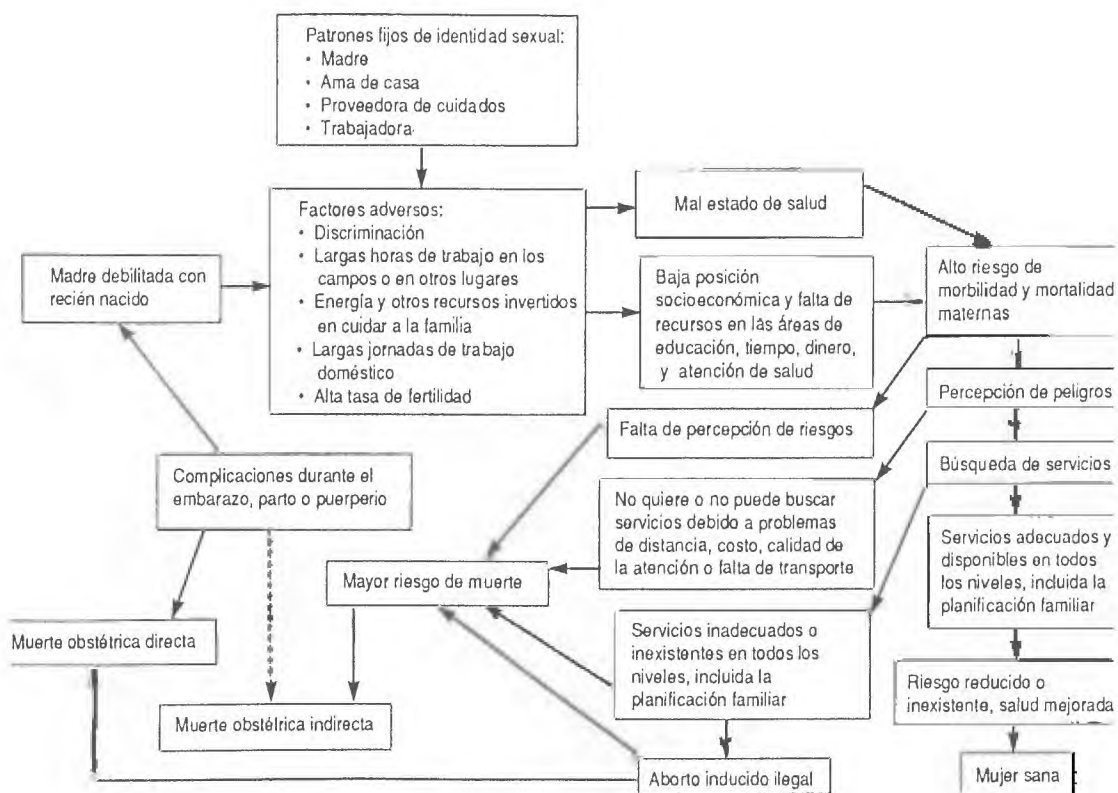
¹⁶ Organización Panamericana de Salud. **Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas.** Washington. 1991.

causas aisladas, sino a la acción conjunta de factores que influyen en su salud general. La figura 2 proporciona un marco conceptual de los factores contribuyentes a una defunción materna. Entre estos se pueden identificar elementos de la organización de los servicios de salud, biológicos y socio culturales, tales como: la baja cobertura de los servicios perinatales, la mala alimentación, el estado de salud precario y las prácticas reproductivas de una población con un bajo nivel educativo. Adicionalmente, muchas mujeres no perciben riesgos a la salud, ya sea por falta de educación, o como consecuencia de sus creencias culturales en torno a la reproducción; o bien, si los perciben, el acceso a buenos servicios de salud se dificulta por problemas de distancia, transporte o costo, o porque no es buena la atención que se presta en los centros de su comunidad. Los factores mencionados pueden originar complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, o causar una defunción obstétrica directa o indirecta. Esta situación definida por una amplia variedad de factores que contribuyen al exceso de mortalidad materna, sugiere que cualquier estrategia, para ser eficaz, requiere de un enfoque amplio, basado en un modelo de atención primaria de la salud en el nivel comunitario, junto con medidas dirigidas a mejorar la situación socioeconómica de la mujer.

El riesgo de muerte que presentan las mujeres relacionado con el momento biológico de la reproducción, es de magnitud desigual en los distintos países. En los últimos años y, para la generalidad de los países, tienden al descenso de sus valores. Esto se relaciona con un mejoramiento general de los recursos médicos puestos al servicio de la salud materna. Sin embargo, algunas pacientes obstétricas todavía mueren por trastornos que se pueden prevenir.

FIGURA N° 2

ESQUEMA DE LAS CONDICIONES GENERALES QUE LLEVAN A LA MUERTE MATERNA



Las causas de mayor magnitud que mantienen las tasas de mortalidad materna en todos los países son:

- * Hemorragia.
- * Infección.
- * Trastornos Hipertensivos del Embarazo.
- * Aborto.

La mortalidad materna por Hemorragia e Infección, se relaciona en forma directa con la atención del parto, en tanto que la muerte por Trastornos Hipertensivos del Embarazo, se halla vinculada en forma directa con la calidad y la oportunidad del Control Prenatal.

En resumen, podría afirmarse que para lograr reducir al mínimo el riesgo de muerte por causa obstétrica, se debe generalizar y mejorar el nivel de la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio.

La mortalidad perinatal por otra parte, expresa la suma de la mortalidad fetal tardía o mortinatalidad, integrada por las defunciones de fetos que superan las 28 semanas de gestación y la mortalidad neonatal temprana, constituida por las defunciones de niños menores de ocho días de vida; grupos de defunciones que rodean el momento del nacimiento y que se relacionan con factores del embarazo y del parto.

Las causa más frecuentes de mortalidad perinatal son:

- * Prematuridad.
- * Malformaciones Congénitas.
- * Traumatismos Obstétricos.

En relación al parto prematuro, se desconoce su causa. Los antecedentes de mujeres con partos prematuros suelen revelar, que entre los factores asociados a este problema se encuentran: la carencia o asistencia inadecuada de control prenatal.¹⁷

D. EL ACCESO Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Donabedian y otros autores definen el acceso como el ingreso al sistema de atención de salud.¹⁸ La posibilidad de ingresar al sistema de atención está determinada por las distintas características del sistema y de la población. La utilización de los servicios de salud es por otra parte, una interacción entre consumidores y profesionales. Es una conducta compleja determinada por una amplia variedad de factores.

La investigación sobre la utilización de los servicios de salud, brinda un marco que permite la descripción de los factores que obstaculizan o favorecen el acceso y la manera en que estos factores influyen sobre él.

Aday y Andersen en 1974, al considerar los factores que influyen sobre la utilización de los servicios de salud, se percataron de que las características de los servicios y recursos, no resultan razones suficientes para determinar el ingreso o no ingreso al sistema, sino que además se debe considerar la “voluntad” del consumidor potencial de recibir atención, la cual a su vez depende de su actitud y conocimiento acerca de la

¹⁷ Robert Berkow. **El Manual Merck**. Barcelona. 1989. p. 2042.

¹⁸ Lu Ann Aday y Ronald Andersen. **Marco teórico para el estudio del acceso a la Atención Médica**. Chicago. 1974. p. 605-613.

atención de salud, así como de las definiciones sociales y culturales de la enfermedad que el individuo ha asimilado.

Dever¹⁹, en 1991, ampliando el esquema propuesto por Aday y Andersen identifica cuatro grupos de factores determinantes de la utilización de los servicios de salud:

- * Factores Socio culturales.
- * Factores Organizativos.
- * Factores relativos al consumidor.
- * Factores relativos al personal de salud. **(Figura N° 3).**

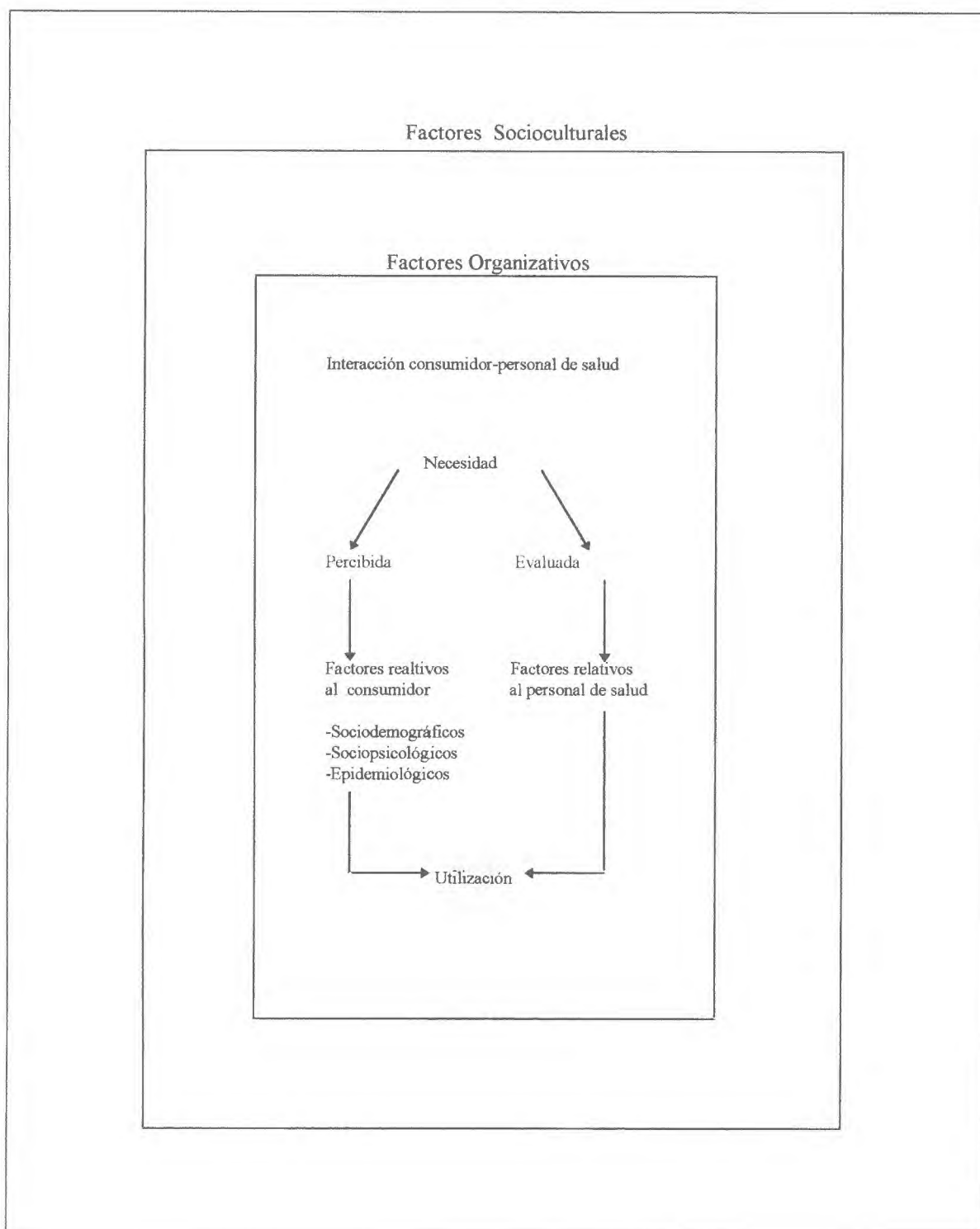
Como se desprende de la figura, todo el proceso de utilización se ve modificado y afectado por factores más generales que influyen el fenómeno final, que es la efectiva interacción entre el usuario y el profesional.

Los factores socioculturales incluyen, según Dever, a la tecnología y los valores, actitudes, normas, conocimientos y creencias acumulados por la sociedad.

En cuanto a estas últimas variables, dado que el proceso de construcción de la estructura y la cultura de las sociedades humanas difiere de uno a otro, la conducta es muy variable de una sociedad a otra y también de un individuo a otro.

¹⁹ Alan Dever. **Epidemiología y Administración de servicios de salud.** Maryland. 1991. p. 224.

FIGURA N° 3.

FACTORES DETERMINANTES DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

De acuerdo con lo expuesto, hay variaciones socioculturales de los comportamientos humanos, en relación al problema salud enfermedad, que enfrenta la comunidad y cada individuo. Se ha demostrado que no es uniforme la manera como las personas de una misma comunidad definen los problemas de salud, participan en los programas sanitarios, utilizan los servicios de salud, reaccionan frente a la enfermedad, perciben el dolor, se apresuran a buscar tratamientos curativos o preventivos, emplean tratamientos folclóricos o se autorecetan.²⁰ En este sentido, Dever en su monografía sobre la utilización de los servicios de salud, menciona una investigación sobre motivos que originan el uso de servicios de salud, mediante la comparación de pacientes según su origen (italiano o irlandés). El estudio concluyó que los motivos que originan el uso de servicios de salud, son determinados por el grupo cultural, étnico o grupo de referencia al cual se pertenece. También hace referencia a la influencia determinante que ejercen las estructuras sociales a las cuales pertenecen los individuos sobre la utilización de los servicios de salud.²¹

Los factores de la organización incluyen las estructuras y procesos propios de la organización de la atención médica, que rodea y afecta el proceso de atención médica. Estos factores incluyen la disponibilidad de recursos, la accesibilidad geográfica, la accesibilidad social, las características de la estructura y el proceso de prestación de servicios.

²⁰ Hernán San Martín. **Ecología Humana y Salud. El Hombre y su Ambiente.** México. 1983. p. 282.

²¹ Alan Dever citando a Schumann "En" : **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud.** Maryland. 1991. p. 225.

En cuanto a la disponibilidad de un recurso, éste está disponible sólo cuando existe o es posible obtenerlo.

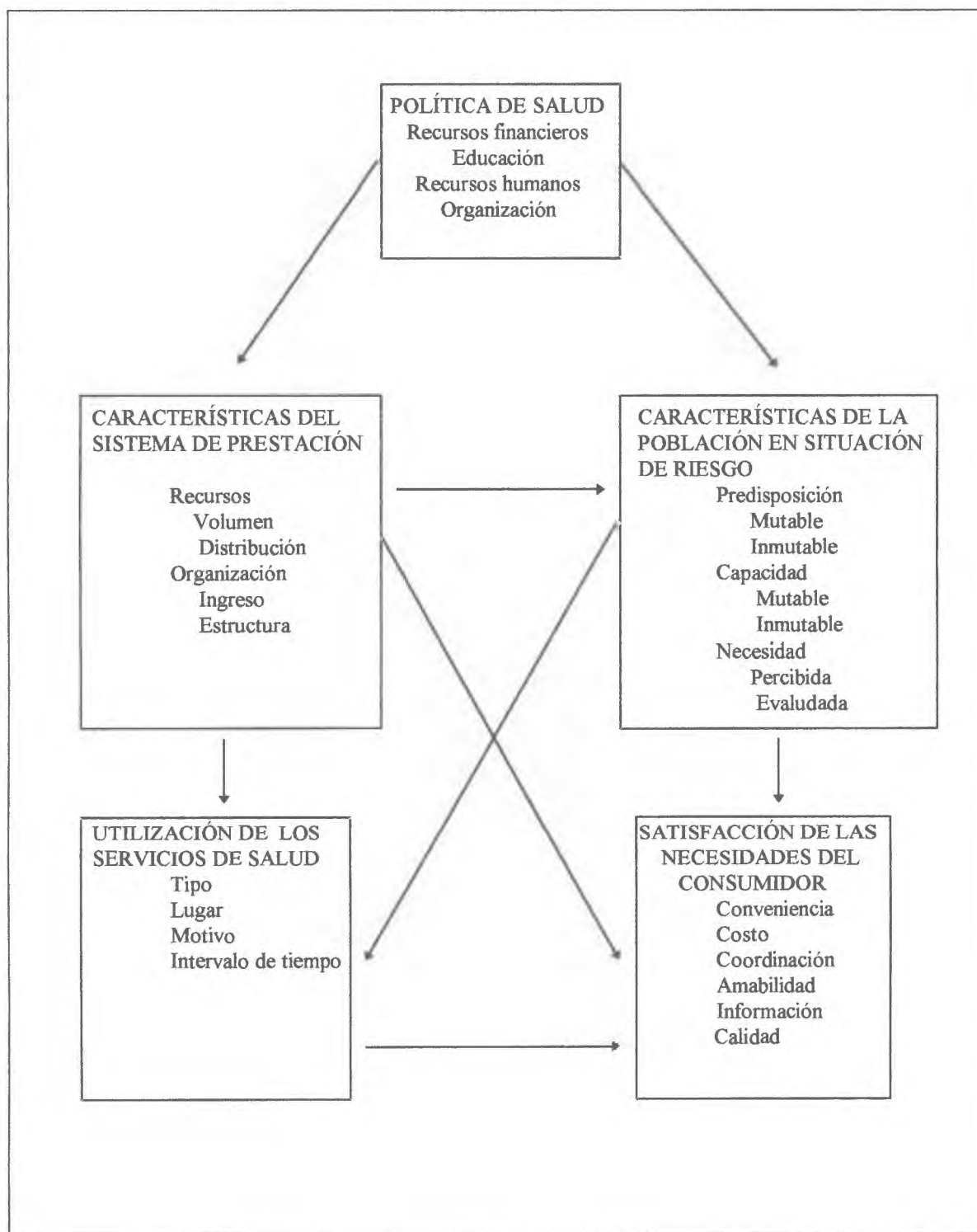
La accesibilidad geográfica hace referencia a características espaciales del recurso que facilitan o impiden la utilización del mismo, por parte de los potenciales usuarios, en función de la relación entre la ubicación de la instalación y la ubicación de los usuarios. Esta relación parece depender del tipo de atención y tipo de recurso requerido. Así, la utilización de servicios de prevención dependen más de accesibilidad geográfica que la utilización de servicios curativos. En otras palabras, cuánto más serio el problema de salud, menos importancia se le atribuye a la accesibilidad geográfica.

La accesibilidad temporal se refiere a las limitaciones que surgen por los momentos en que el recurso se encuentra disponible. El horario de atención del servicio o el recurso humano, determina la posibilidad de que el usuario reciba la atención, especialmente los que trabajan.

Las características de la población que determinan el uso de servicios de atención a la salud, incluyen factores sociodemográficos y sociopsicológicos. Son las variables que Aday y Andersen categorizan como componentes de predisposición, capacidad y necesidad en su marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. (Figura N°4).

FIGURA N° 4.

MARCO TEÓRICO PARA EL ESTUDIO DEL ACCESO



Los factores sociodemográficos incluyen la edad, sexo, raza, estado civil, educación, ocupación e ingreso. Estas variables existen antes de la presentación de la necesidad de atención y describen la propensión de los individuos a utilizar los servicios. A menudo resulta difícil determinar si estas variables sociodemográficas afectan la utilización, o si reflejan diferencias en los niveles de enfermedad de la población.

El análisis de los resultados más importantes de los estudios sobre los patrones de uso de los servicios preventivos y de detección, permite establecer algunas generalizaciones sumarias, acerca de la relación que existe entre las características personales y el uso de los servicios. Por lo común, hacen más uso de esos servicios, la gente joven o de edad mediana, quienes tienen un nivel de instrucción y de ingresos relativamente más elevado (aunque posiblemente no el nivel más alto de todos, sea de educación o de ingresos). Casi siempre se observan diferencias notables entre las tasas de aceptación de servicios de las personas de raza blanca y las correspondientes a las personas de las demás razas, las que suelen ser más altas en el caso de los blancos. Entre las características de las personas que demoran en buscar diagnóstico y tratamiento, destacan la edad más avanzada y un nivel de educación bajo, comparado con aquellas cuya búsqueda de atención es más precoz.

El nivel económico está ligado a la categoría social y esta a su vez con la ocupación. Tradicionalmente, los grupos de nivel socioeconómico más elevado utilizan más servicios médicos. Con relación a esta afirmación, un estudio realizado en Francia en 1978, revela que “aunque las personas con mayores niveles de ingreso consultan a los profesionales de la salud más que las personas con menores niveles de ingreso, estas

consultas frecuentemente tienen lugar, cuando no existe un problema concreto de salud” (prevención).²²

No hay información específica acerca del efecto que el estado civil tiene sobre la utilización de los servicios. Colimon²³ analizando el efecto del estado civil en sus diferentes categorías en relación con procesos morbosos, afirma que “ los problemas de estrés o angustia que ocasionan el estado de separación o pérdida, seguido de los desajustes emocionales, pueden ser condiciones óptimas para cierto tipo de conductas, entre ellas el descuido en la atención de la salud personal”. Este planteamiento supone la existencia de patrones de menor utilización de servicios de salud.

Las diferencias de costumbres asociadas a la raza, pueden reflejar factores responsables de la producción de la enfermedad y reflejar distintos patrones de utilización de los servicios de atención. Se han reportado observaciones de enfermedades en ciertos grupos étnicos que están más relacionados a factores socioeconómicos y ambientales que al grupo étnico en sí. La revisión de la literatura, en cuanto a la raza y la utilización de servicios, concluye que con independencia del nivel de ingreso, los blancos utilizan más servicios de toda naturaleza que los individuos de otras razas. Sin embargo, hay que recordar que estas conclusiones están relacionadas con la utilización de servicios de salud cuando existe la percepción individual o del sistema de salud, de una alteración en el proceso salud enfermedad y no cuando la necesidad de atención es de naturaleza preventiva. Nuestra hipótesis de trabajo supone que las etnias indígena y negra,

²² Alan Dever. **Op Cit.** p. 232.

²³ Kahl-Martin Colimon. **Fundamentos de Epidemiología.** Madrid. 1990. p. 94.

probablemente tengan acceso más tardío al control prenatal. Esta probable relación de causalidad está influenciada por el nivel de educación y el lugar de origen.

En cuanto a la educación existen opiniones contradictorias. Jenicek²⁴ sostiene que el nivel general de educación de las personas no tiene que ser necesariamente idéntico al nivel de conocimientos médicos e higiénicos. Por su parte, Rosenstock²⁵, citando estudios realizados por Hochbaum, resume que la utilización preventiva de servicios médicos es más frecuente en mujeres de raza blanca, de alto nivel de educación e ingresos. Los sociólogos han demostrado, por ejemplo, que los grupos más pobres y más incultos de la población, son más indiferentes en cuestiones de salud que los grupos de mejor condición socioeconómica, tal vez porque éstos comprenden mejor los problemas de salud enfermedad y la forma como operan los servicios sanitarios.

Los factores sociopsicológicos del usuario incluyen, la percepción de la enfermedad, las actitudes o creencias respecto de la atención médica, los profesionales o las enfermedades.

Dever²⁶, piensa que las percepciones, actitudes y creencias, pueden afectar en gran medida la primera decisión de requerir atención, pero la relación entre los factores sociopsicológicos y la utilización, puede no resultar tan clara cuando se analiza la utilización total.

²⁴ Milos Jenicek y Robert Clérout. **Epidemiología. Principios - Técnicas - Aplicaciones.** Madrid. 1987. p. 83

²⁵ Irwin Rosenstock. **Por qué la gente utiliza los servicios de Salud "En": Investigaciones sobre Servicios de Salud.** Washington. 1992 . p.417.

²⁶ Alan Dever. **Op.Cit.** p. 233.

Rosenstock, por su parte, explica que la conducta preventiva en relación a un problema dado depende del grado en que la persona percibe el problema en sus consecuencias y en sus posibilidades. La conducta individual estaría guiada por la interrelación entre motivaciones más intensas y logros más útiles de ocurrir.

El citado autor, sostiene que es probable que la gente que no se interesa por un determinado aspecto de su salud, no perciba ningún hecho que guarde relación con ese aspecto. Si, por circunstancias accidentales, esa persona llega a percibir tales hechos, no logran absorber, aceptar ni usar la información. Este planteamiento coincide con lo expuesto por Rendón y otros, en su marco conceptual para el análisis de la muerte materna.

En resumen y de acuerdo con el mencionado estudio, dos dimensiones permiten determinar si una persona está en disposición de actuar: el grado de vulnerabilidad o susceptibilidad que una persona cree tener ante una determinada condición de salud, y la percepción de beneficios que resultan de tomar medidas.

Los resultados del estudio de Rosenstock, indican que las creencias que definen la disposición de actuar poseen elementos tanto cognoscitivos (intelectuales) como emocionales.

Por otra parte, se observa que la respuesta diferencial del público tiene límites: esta se presenta más frecuentemente en las enfermedades comunes, en las benignas y en las de fácil diagnóstico y tratamiento; pero cuando los síntomas son graves, el efecto de estos factores es más limitado y los comportamientos tienden a uniformarse.

E. LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD.

El Ministerio de Salud de Panamá para el cumplimiento de sus funciones se encuentra organizado en tres niveles, el Nivel Central, el Nivel Regional y el Nivel Local.

Nivel Central: con funciones normativas en lo técnico administrativo, responsable de hacer cumplir los programas de salud en todo el país.

Nivel Regional: responsable de la programación, supervisión, evaluación y control de la ejecución de las diferentes actividades de atención integral de la población en los diferentes establecimientos de salud de la región. Estas actividades se realizan con la colaboración en lo técnico administrativo del Nivel Central.

Nivel Local: con la responsabilidad del desarrollo de programas a nivel de la comunidad.

El país se encuentra dividido en lo administrativo sanitario en trece regiones de salud según características geográficas y poblacionales, con el fin de asegurar la óptima y eficiente atención de salud. En cada región de salud existen hospitales regionales, nacionales, centros de salud con o sin camas, subcentros de salud y puestos de salud. Los programas de salud se ejecutan siguiendo los niveles de atención y los distintos escalones de complejidad progresiva, articulados por un sistema de referencias y contrarreferencias.

La Región Metropolitana de Salud, está asentada en un espacio población correspondiente a los siguientes corregimientos: San Felipe, Santa Ana, Chorrillo, Calidonia, Curundú, Pueblo Nuevo, Parque Lefebre, Río Abajo, San Francisco, Juan Díaz, Pedregal, Tocumen, Paraíso, Veracruz, Taboga, Bethania, Otoque, Mañanitas, 24 de Diciembre y Bella Vista. En esta región se incluyen corregimientos del distrito de Panamá y algunos no pertenecientes al distrito tales como Veracruz y Otoque. La población estimada para el 1° de julio de 1994, se calculó en 540,939 habitantes. Para realizar sus acciones de salud, cuenta con 17 instalaciones denominadas centros de salud, instalaciones que por su bajo nivel de complejidad, se califican como del primer nivel de atención y en donde se operativizan las actividades de los programas nacionales de salud de forma integral (promoción, prevención y recuperación) dirigidos a la población y el ambiente. Además de estas instalaciones, cuenta con un subcentro de salud en la comunidad de Felipillo y un Puesto de Salud en la isla de Otoque.

Para la ejecución de los programas de salud, cuenta con un equipo de recursos humanos multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares de enfermería y otros miembros.

El Programa Maternal es ejecutado en esta región a nivel local, por un equipo conformado por médicos ginecoobstetras, enfermeras, laboratoristas, psicólogos, trabajadores sociales y otros, organizados para brindar las siguientes atenciones: Atención Prenatal, Atención Puerperal, Planificación Familiar y Atención de la Morbilidad propia de la mujer, utilizando tecnología fundamentada en el enfoque de riesgo.

Como guía para la ejecución del programa, se utilizan a nivel local las Normas Nacionales Técnico-Administrativas del Programa Maternal, recientemente actualizadas y publicadas en diciembre de 1995.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

A. TIPO DE ESTUDIO.

El estudio es analítico de casos y testigos, retrospectivo, no pareado.

El estudio epidemiológico de casos y testigos, es un procedimiento metodológico en el cual grupos de individuos son seleccionados en términos de caso o testigos según si tienen o no respectivamente la enfermedad o evento que se estudia. Los grupos de casos y testigos son comparados con respecto a características pasadas y existentes, denominadas factores de riesgo, con el fin de aclarar el papel de estos últimos en el desenlace de la enfermedad o evento cuya etiología se quiere establecer.²⁷

Este estudio examina dos grupos de gestantes clasificadas según el momento de inicio del control prenatal, en gestantes con ingreso tardío y gestantes con ingreso precoz al control prenatal, y compara las características de estos conjuntos y las del sistema prestador de atención a la salud, con la finalidad de encontrar explicación a las diferencias entre los dos conjuntos de mujeres del estudio.

B. ÁREA DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, de donde se seleccionaron los casos y controles entre pacientes púerperas que

²⁷

Kahl-Martin Colimon. **Fundamentos de Epidemiología.** Madrid. 1990. p. 155.

satisficieran la condición de haber iniciado el control prenatal en algún establecimiento de salud de dependencia de la Región Metropolitana de Salud.

C. POBLACIÓN.

1. UNIVERSO.

El universo del estudio estuvo conformado por el total de mujeres que habiendo iniciado el control prenatal en alguna instalación de la Región Metropolitana de Salud, sus partos fueron atendidos en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás.

Esta población de mujeres para el año 1995 se cuantificó en 6750 mujeres.

2 CASOS.

a. Definición.

La unidad de análisis, casos, estuvo constituida por la mujer que acudió con 13 o más semanas de gestación a iniciar el control prenatal, en alguna instalación administrada por la Región Metropolitana de Salud.

b. Criterios de exclusión.

Se excluyeron del estudio, las pacientes sin control prenatal o que no tenían tarjeta de control prenatal al momento de aplicar la encuesta; las pacientes sometidas a parto

quirúrgico de urgencia o electivo; las madres cuyos productos nacieron con problemas tales como hiperbilirrubinemia, insuficiencia respiratoria, prematuridad o malformaciones congénitas; las pacientes con embarazos complicados o con antecedentes de supervisión del embarazo en una unidad de alto riesgo. Estas medidas se tomaron con la finalidad de controlar sesgos tanto del observador como del observado.

3 CONTROLES.

a. Definición.

El control de la unidad de análisis, lo conformaron las gestantes que iniciaron el control prenatal con 12 o menos semanas de gestación en alguna instalación bajo la dependencia de la Región Metropolitana de Salud.

b. Criterios de exclusión.

Al igual que para los casos, se excluyeron del estudio, las pacientes sin control prenatal o que no tenían tarjeta de control prenatal al momento de aplicar la encuesta; las pacientes sometidas a parto quirúrgico de urgencia o electivo; las madres cuyos productos nacieron con problemas tales como hiperbilirrubinemia, insuficiencia respiratoria, prematuridad o malformaciones congénitas; las pacientes con embarazos complicados o con antecedentes de supervisión del embarazo en una unidad de alto riesgo.

D. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra se determinó utilizando el método propuesto por James Schlesselman²⁸ para estudios de casos y controles no pareados.

Básicamente, la respuesta a la pregunta de cuántos sujetos deben seleccionarse para un estudio de caso y control depende de la especificación de cuatro valores:

1. La frecuencia relativa de la exposición entre los controles en la población blanco, p_0
2. El riesgo relativo hipotético asociado con la exposición que tenga suficiente importancia para la salud pública de tal modo que se requiera su detección, R ,
3. El nivel de significancia deseado, α ,
4. El poder del estudio deseado, $1-\beta$

El tamaño requerido (n) se calcula de la siguiente manera (Schlesselman 1982):

$$n = [z_{\alpha}^2 p q + z_{\beta}^2 p_1 q_1 + p_0 q_0] / (p_1 - p_0)^2,$$

$$\text{donde } p_1 = p_0 R / [1 + p_0 (R-1)]$$

$$p = \frac{1}{2} (p_1 + p_0) \quad q = 1 - p$$

$$q_1 = 1 - p_1 \quad q_0 = 1 - p_0$$

²⁸

James Schlesselman. **Case-Control Studies, Design, Conduct, Analysis.** New York. 1982. p. 144 - 148.

Si asumimos que la prevalencia de la variable de exposición investigada es del orden del 18%²⁹, y pretendemos estimar un riesgo relativo de dos, con un nivel de significancia estadística alfa de 0.05 y un poder en el estudio de 80%; el tamaño de la muestra con un control por caso es de 199 casos y 199 controles. El cálculo anterior fue verificado utilizando el sub programa StatCalc del Programa Epi Info Versión 5.01 a.³⁰

E. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.

El método que se utilizó para la recolección de los datos fue la entrevista directa realizada a los casos y controles, después que aceptaron participar en el estudio. Otra fuente de información del estudio lo constituyó el expediente clínico.

El instrumento utilizado para registrar la información fue un formulario. (**Anexo N° 2**). El mismo se estructuró en cuatro partes. La primera sección, recogió la información pertinente a los datos generales de la entrevistada, tales como edad, raza, estado civil, educación, procedencia y lugar de origen, situación laboral, ingreso. Estos datos corresponden a las variables socioodemográficas de la usuaria, según lo expuesto en el marco teórico.

²⁹ Gloriela de Gordón. **Creencias y Conocimientos sobre control prenatal precoz en mujeres residentes en la Región Metropolitana de Salud**. Marzo. 1995.

³⁰ Jeffrey Dean y otros. **Epi Info Versión 5.01a**. Atlanta. Abril. 1990.

La siguiente sección del cuestionario recogió aspectos relativos a la experiencia obstétrica de la entrevistada. Las preguntas recabaron información acerca del número de gestaciones previas experimentadas, duración del intervalo intergenésico, desenlace de las gestaciones previas, entre otras.

La tercera parte del formulario, dedicada también a variables del usuario, recogió información sobre el conocimiento de riesgos a la salud materno fetal durante el primer trimestre de gestación y conocimiento sobre beneficios a la salud por el control prenatal iniciado en el primer trimestre, que corresponden a las variables sociopsicológicas que afectan la utilización de los servicios.

La última sección de la entrevista investigó factores de la organización que afectan la utilización de servicios de atención, en especial accesibilidad geográfica.

Por último y con la finalidad de evitar sesgos del observador, el encuestador, registró la edad gestacional al momento de iniciar el control prenatal, al finalizar la encuesta, tomando la información del registro de control prenatal contenido en el expediente clínico de la mujer.

F. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

El proceso de recolección de la información se inició, previa autorización de las autoridades encargadas de Docencia e Investigación del Hospital Santo Tomás, con la aplicación del cuestionario a un grupo de 15 púrperras de la sala 22 del referido hospital. Este procedimiento piloto, se realizó con la finalidad de ajustar las preguntas de tal

manera, que por un lado se asegurara que las mismas eran formuladas de un modo comprensible para las pacientes, con el objeto de obtener respuestas confiables acerca de los fenómenos que se investigaban. Adicionalmente sirvió el procedimiento para revisar la secuencia lógica de la estructura del cuestionario.

Una vez realizado el ajuste del cuestionario, se procedió a aplicar efectivamente la encuesta a las púerperas que reunieron los criterios de definición de caso y control previamente establecidos. La recolección de los datos abarcó los meses de mayo a septiembre de 1995 y fue aplicado únicamente por un sólo encuestador.

G. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

El procesamiento de la información se realizó a través del Programa Harvard Graphics Versión 3 y del paquete estadístico Epi Info versión.5³¹. El mencionado paquete permitió mediante los programas Eped, Enter y Análisis, la estructuración de la encuesta, la introducción de los datos a medida que se iba recopilando la información y el análisis de la información respectivamente.

La información contenida en el formulario fue codificada, asignándole un número a cada respuesta posible.

En el estudio se consideraron factores de riesgo de la conducta control prenatal tardío:

³¹

Jeffrey Dean y otros. **Programa Epi Info. Versión 5.** Atlanta. 1990.

1. La no percepción de ser susceptible a riesgos a la salud durante las primeras 12 semanas de gestación.
2. La no percepción de beneficios del control prenatal precoz.

Un factor de riesgo, o factor de exposición, es algún fenómeno de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en el genotipo o en el fenotipo, o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por la variabilidad de su presencia o de su ausencia, está relacionada con el fenómeno investigado, o puede ser la causa de su aparición.

Se consideraron factores de confusión del presente estudio:

1. Edad.
2. Estado Civil.
3. Educación.
4. Raza.
5. Lugar de residencia
6. Procedencia
7. Estar empleada.
8. Ingreso.
9. La experiencia obstétrica dada por el antecedente de gravidez previa.
10. Promedio de hijos paridos.
11. El antecedente de parto previo normal.
12. La duración del intervalo intergenésico.

13.Situación de salud previa al embarazo.

14.La accesibilidad geográfica a la institución de salud.

15.Motivo de la primera consulta.

16.Los factores organizacionales.

Los factores de riesgo fueron categorizados utilizando una escala cualitativa. Las variables de confusión se categorizaron de acuerdo a las escalas cualitativa y cuantitativa, de acuerdo a su naturaleza.

De la aplicación de estas categorías surgió la siguiente clasificación:

- * Para la variable Percepción de riesgos a la salud materno fetal durante el primer trimestre de gestación se establecieron dos categorías:

Mujeres sin percepción de riesgos.

Mujeres con percepción de riesgos y,

- * La característica Percepción de beneficios del control prenatal iniciado en el primer trimestre de gestación, se categorizó en dos grupos:

Gestante sin percepción de beneficios a la salud materno fetal.

Gestante con percepción de beneficios a la salud materno fetal.

Gestante sin percepción de beneficios a la salud materno fetal.En lo referente a las variables de confusión las categorías establecidas fueron las siguientes:

- * Para la variable edad, se establecieron tres grupos para la comparación, utilizando una escala cualitativa:

Adolescentes o mujeres menores de 19 años de edad,

Adulta joven, mujer entre 20 y 34 años de edad y,

Adulta, mujer de 35 y más años de edad.

Mediante una escala cuantitativa continua, se comparó la media de la edad de cada grupo de estudio.

- * Para el estado civil se conformaron dos categorías:

Situación conyugal inestable, integrada por mujeres solteras, viudas o separadas y,

Situación conyugal estable integrada por grupos de mujeres casadas o en unión libre consensual.

La hipótesis de trabajo supone que el estrés o angustia que ocasiona el estado de separación o pérdida, (viudez, divorcio o separación) puede ser condición óptima para cierto tipo de conducta, entre ellas el descuido en la atención de la salud personal.

- * La variable educación de los grupos de estudio se comparó mediante una clasificación que los dividió en mujeres con estudios:

Primarios.

Secundarios.

Universitarios.

Otros.

La hipótesis nula plantea que no existen diferencias entre los grupos del estudio, por la variable educación. La hipótesis alterna por su parte, plantea que existen diferencias de educación entre los grupos de estudio.

- * En cuanto a la raza, las mujeres se clasificaron en cinco grupos:

Blanca.

Negra.

Indígena.

Amarilla.

Mestiza.

- * El lugar de residencia fue categorizado, utilizando la clasificación propuesta por el Ministerio de Planificación y Política Económica, que divide a los corregimientos en estratos Bajos y Altos, de acuerdo a indicadores de satisfacción de educación, económicos y de salud.

La hipótesis de trabajo supone que las mujeres residentes en corregimientos de bajo nivel de satisfacción de necesidades básicas, son las más afectadas en su decisión de iniciar el control prenatal precozmente.

- * El origen de la mujer se clasificó de acuerdo al criterio antes expuesto, en mujeres procedentes de lugares con:

Bajo y,

Alto nivel de satisfacción de necesidades.

La hipótesis de trabajo establece que las mujeres naturales de áreas con bajos niveles de satisfacción de necesidades básicas, inician más tarde el control prenatal.

- * La variable empleo se categorizó mediante la dicotomía:

Mujer con empleo y,

Mujer sin empleo al momento de iniciar el control prenatal.

La hipótesis para incluir esta variable establece que la mujer que trabaja, presenta una afectación de la accesibilidad temporal, e inicia tardíamente el control prenatal.

- * El ingreso de la mujer se comparó utilizando dos escalas.

La escala cuantitativa se aplicó para comparar las medias del ingreso de la mujer. La hipótesis nula plantea que las medias del ingreso de la mujer, no difieren en los grupos de estudio. La hipótesis alterna por su parte, expresa que las medias del ingreso de la mujer difieren.

La escala cualitativa permitió la comparación utilizando dos categorías:

Gestante con ingreso por debajo de la canasta básica familiar y,

Gestante con ingreso superior al de la canasta básica familiar.

Para establecer esta categoría, se utilizó la propuesta: Costo Mensual de la Canasta Básica en la ciudad de Panamá, para el año de 1994, preparada por el Ministerio de Planificación y Política Económica. La propuesta establece el ingreso que capacita para la compra de productos alimenticios, en una familia de cinco miembros. El monto de la Canasta Básica se estimó, para ese año, en B/. 212.15 balboas.

Se asume que la mujer con ingreso por debajo de la Canasta Básica, demorará su asistencia al control prenatal.

* Para la variable gravidez, se utilizó la dicotomía:

Primigrávida y,

Multigrávida.

La hipótesis para el análisis de esta variable se basa en el supuesto de que la multigravidez (definida por dos o más embarazos), especialmente aquellas no complicadas y con partos normales, influyen retrasando la asistencia al control prenatal.

* La variable intervalo intergenésico clasificó a la variable en dos categorías según la duración del intervalo en :

Mujeres con intervalo intergenésico menor de 24 meses y,

Mujeres con intervalo intergenésico mayor de 24 meses.

La hipótesis de trabajo supone que el intervalo intergenésico corto, interfiere con el inicio precoz del control prenatal, particularmente porque la mujer debe invertir tiempo en la atención de un niño que es muy dependiente de los cuidados maternos

- * La variable motivo de la primera consulta se dividió utilizando la dicotomía:

Mujeres con motivos preventivos de atención.

Mujeres con motivos curativos de atención.

- * La variable estado de salud previa al embarazo, categorizó a las mujeres del estudio en dos grupos: Mujeres sanas y enfermas. La hipótesis de trabajo se fundamenta en el supuesto de que el conocimiento o la percepción de una enfermedad previa al embarazo; se asocia con la búsqueda precoz de atención prenatal.
- * La accesibilidad geográfica se comparó utilizando una escala cuantitativa que permitió la comparación de las medias de tiempo de cada grupo, para acceder a las instalaciones de salud.

La hipótesis de trabajo supone que mientras más tiempo se utilice para llegar a la instalación de salud, más tardíamente se inicia el control prenatal.

- * Para la comparación de los factores organizacionales se empleó una escala cualitativa que categorizó a las mujeres del estudio, en dos grupos: Mujeres con retraso en la decisión de iniciar el control prenatal por causa de factores organizacionales y Mujeres sin retraso en la decisión de iniciar el control prenatal, por causa de factores organizacionales.

La información registrada en el formulario, se organizó en tablas estadísticas o de contingencia, que facilitaron el análisis estadístico y cuyo formato es el siguiente:

Factor de Riesgo	Efecto		Total
	+	-	
+	a	b	a + b
-	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	n

En donde:

a = Individuos con factor de riesgo positivo y efecto positivo.

b = Individuos con factor de riesgo positivo y efecto negativo.

c = Individuos con factor de riesgo negativo y efecto positivo.

d = Individuos con factor de riesgo negativo y efecto negativo.

a + c = Grupo de casos (efecto positivo).

b + d = Grupo de control (efecto negativo).

El análisis en un estudio de casos y controles consiste en la comparación de la proporción de los individuos con el factor de exposición entre el grupo de casos y el grupo de controles, con el fin de poder hacer inferencia causal sobre la asociación existente entre el factor de riesgo y la enfermedad.

El análisis se realizó de la siguiente manera:

1. Se identificaron los casos y controles.

2. Se comparó la proporción de los casos expuestos al factor de riesgo $a/(a+c)=p_1$ con la de los controles expuestos $b/(b+d)=p_2$

La hipótesis a probar fue:

$$a/(a + c) > b/(b + d), \text{ o sea } p_1 > \text{ que } p_2.$$

3. Se estableció la significancia estadística con la prueba de Chi Cuadrado de Mantel-Haenszel. Se aceptó como significativo un valor P igual o inferior a 0.05. Un valor de P superior a 0.05 indica que no hay significancia, es decir, que no se presenta asociación entre el factor de riesgo y el fenómeno estudiado, en las condiciones en que se realizó el estudio.

El cálculo del Chi Cuadrado se obtuvo de la siguiente manera para tablas de 2×2 por medio de la fórmula corta:

$$X^2 = \frac{(ad - bc) n}{(a + b)(c + d)(a + c)(b + d)}$$

El grado de libertad, en una tabla de asociación ($r \times C$), es el producto del número de filas menos una, por el número de columnas menos una. La tabla anterior, por tener dos filas y dos columnas, tuvo un grado de libertad:

$$G.L. = (2 - 1)(2 - 1) = 1.$$

El valor de P se obtuvo en las tablas correspondientes al test empleado.

4. La fuerza de la asociación se calculó mediante la determinación de la razón de disparidad, representada con el símbolo OR, que es la expresión de :

$$OR = \frac{ad}{bc}$$

La interpretación de la OR fue la siguiente:

- * Si el valor de la OR es igual a 1 indica que la magnitud de la asociación causal es nula, ya que no hay diferencias de riesgo del fenómeno estudiado entre los individuos expuestos y los no expuestos a la variable de exposición.
 - * Si la OR es superior a 1 se interpreta en el sentido de que la variable de exposición es factor de riesgo del fenómeno ya que la incidencia de ésta es mayor en los expuestos que en los no expuestos.
 - * A la inversa, si la OR es inferior a 1 la interpretación es que la variable de exposición es un factor de protección de la enfermedad, ya que los expuestos a ella presentan incidencias más bajas que los no expuestos.
5. Una vez realizado estos cálculos se procedió a realizar un análisis estratificado para controlar las variables que se identificaron como de confusión.
- La estratificación consiste en organizar grupos homogéneos internamente y heterogéneos entre sí, con respecto a la variable que supuestamente produce confusión. Si la variable por la cual se controla el factor de riesgo no actúa como factor de confusión, no habrá diferencia apreciable entre las medidas globales de asociación con la ponderación o sin ella.
6. Por último la prueba t de Student se utilizó para evaluar la hipótesis nula de que las medias de las variables continuas del estudio (edad, ingreso, hijos paridos por

mujer, duración del intervalo intergenésico y accesibilidad geográfica) en los dos grupos no eran diferentes.

Una vez realizada la tabulación y el análisis, la información se presenta en cuadros, tablas y gráficas.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

A. RESULTADOS

Se entrevistó a un total de 398 mujeres clasificadas en dos grupos: 199 mujeres que iniciaron el control prenatal dentro de las 12 primeras semanas de gestación y 199 mujeres que iniciaron el control preparto, una vez superadas las 12 semanas de gestación.

Tanto para el análisis como para la discusión, se agruparon las variables del estudio de acuerdo al esquema propuesto por Aday y Andersen y utilizado por Dever, expuesto en el Marco Teórico y que las divide (a las variables) en dos categorías: Factores de la Población en Situación de Riesgo y Factores del Sistema Prestador de Atención.

El análisis se inicia con la descripción de todas las variables del estudio agrupadas en las categorías antes mencionadas. Posteriormente, se continúa con el análisis estadístico e interpretación de los resultados.

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

a. Factores de la Población en Situación de Riesgo:

Edad: la media de la edad de toda la serie fue de 23.31 años cumplidos con una desviación estándar de 5.29. La mujer de menos edad, tuvo 12 años y la de mayor edad, 40 años.

El 26.1% de todo el grupo estuvo conformado por adolescentes, el 71.4% por adultas jóvenes y el 2.5% por adultas de 35 o más años de edad. (**Cuadro N°9**).

Para los casos, la edad promedio fue de 23.47 años con una desviación estándar de 5.60 y, para los controles la edad promedio fue de 23.14 años con una desviación estándar de 4.96 años (**Tabla N° 1**). La gestante más joven de los casos tenía 12 años, para los

controles la mujer de menos edad tenía 13 años al momento de iniciar el control prenatal.

La mujer con mayor edad en los casos tenía 40 años y en los controles 38 años.

El 26.6% de los casos y el 25.6% de los controles clasificaron como adolescente. En cuanto a las mujeres de 35 y más años de edad, el 4% y el 1% de los casos y controles respectivamente llenaron este criterio (**Cuadro N° 9, Gráfica N°1**).

En cuanto a la raza, 77.9% de las mujeres del estudio clasificaron como mestizas, 12.6% mujeres de raza negra, 6.5 % blancas y 3.0 % indígenas. No hubo mujeres de raza amarilla en esta muestra, en parte por no llenar los criterios de selección previamente establecidos. El 73.9 % de los casos clasificaron como mestizas en comparación con el 81.9% de las mujeres del grupo control. El 16.1 de los casos y el 9.0% de los controles fueron mujeres de raza negra. El 4.0 de los casos y el 2.0% de los controles eran mujeres de etnia indígena. (**Cuadro N° 10 , Gráfica N°2**).

Estado Civil: 49 mujeres del estudio (12.3%) confrontaban una situación de inestabilidad conyugal al momento de iniciar el control prenatal, definida por su condición de viudas en tres casos, solteras en siete casos y separadas en 39 casos. De estas 49 mujeres, 33 se encontraban en el grupo de los casos. (**Cuadro N° 11, Gráfica N°3**).

Educación: el 20.9% de las mujeres entrevistadas, tenía algún grado de educación primaria, 73.4% algún año de instrucción secundaria aprobado y el 5.5% algún año de educación universitaria. La distribución observada tanto en los casos y controles es similar a la de toda la serie. (**Cuadro N° 12, Gráfica N°4**).

Trabajo remunerado: 79 mujeres, que representaron el 19.8% de todo el grupo estudiado, estuvieron empleadas al momento de iniciar el control prenatal. El 17.1% de los

casos y el 22.6% de los controles presentaron esta condición.(Cuadro N° 13, Gráfica N°5).

Ingreso Familiar: 119 mujeres del estudio, 36%, disponían de una capacidad para adquirir la canasta básica, inferior a la propuesta por el MIPPE para el año de 1994 (el estimado para un miembro de una familia de cinco miembros es de B/.42.50 mensuales). Esta situación se observó en el 41.6% y el 30.3% de las mujeres de los grupos caso y control respectivamente. (Cuadro N° 14, Gráfica N°6). La suma promedio de dinero, calculado para adquirir la canasta básica por mujer fue de B/. 78.82 balboas al mes para todo el grupo de estudio. El promedio para los casos alcanzó un valor de B/.64.70 balboas y para los controles el promedio fue de B/. 93.02 . (Tabla N°1).

TABLA N° 1

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBREFACTORES DE RIESGO DEL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL VALOR DE LAS VARIABLES EDAD, INGRESO, INTERVALO INTERGENÉSICO, HIJOS PARIDOS POR MUJER Y ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

VARIABLE	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	MEDIA	DES. EST.	MEDIA	DES. EST.	MEDIA	DES. EST.
EDAD (AÑOS)	23.31	5.29	23.47	5.60	23.14	4.96
INTERVALO INTERGENÉSICO (MESES)	53.33	32.31	45.96	31.25	63.41	31.14
INGRESO (BALBOAS)	78.82	66.69	64.70	55.01	93.02	74.17
HIJOS PARIDOS POR MUJER	1.10	1.30	1.27	1.39	0.92	1.17
ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA (MINUTOS)	18.23	15.00	19.17	15.39	17.26	14.57

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995

CUADRO N° 9

**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL
CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA EDAD DE LA GESTANTE.
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**

EDAD	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
10 - 19 AÑOS	104	26.1	53	26.6	51	25.6
20 -34 AÑOS	284	71.4	138	69.3	146	73.4
35 Y MAS	10	2.5	8	4.0	2	1.0

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA N° 1

**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL
CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA EDAD DE LA GESTANTE.
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO N°10

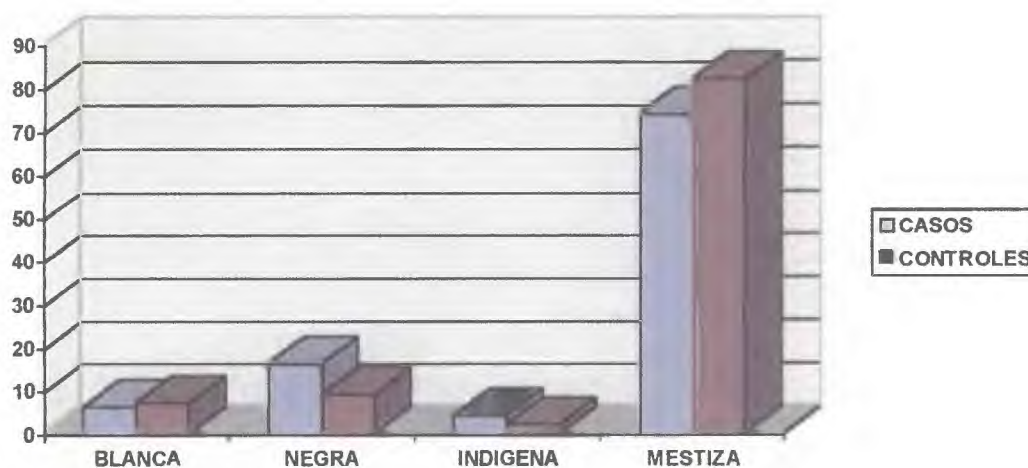
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA RAZA DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

RAZA	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
BLANCA	26	6.5	12	6.0	14	7.0
NEGRA	50	12.6	32	16.1	18	9.0
INDÍGENA	12	3.0	8	4.0	4	2.0
MESTIZA	310	77.9	147	73.9	163	81.9

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA N° 2

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA RAZA DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO Nº 11

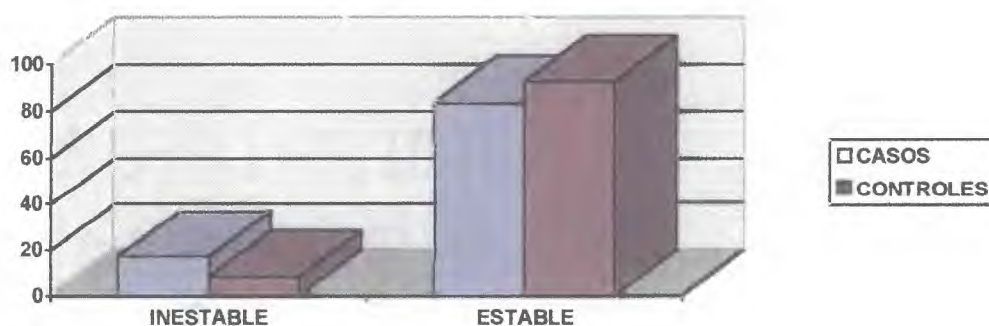
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SITUACIÓN CONYUGAL DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

SITUACIÓN CONYUGAL	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
INESTABLE	49	12.3	33	16.6	16	8.0
ESTABLE	349	87.7	166	83.4	183	92.0

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA Nº 3

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SITUACIÓN CONYUGAL DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995

CUADRO Nº 12

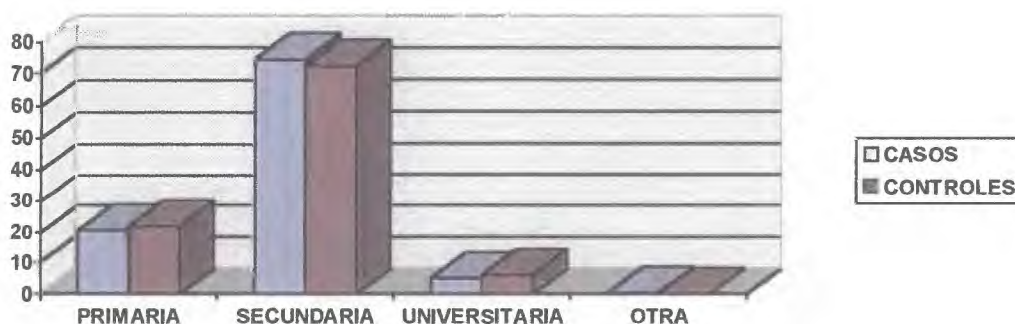
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

EDUCACIÓN	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
PRIMARIA	83	20.9	40	20.1	43	21.6
SECUNDARIA	292	73.4	148	74.4	144	72.4
UNIVERSITARIA	22	5.5	10	5.0	12	6.0
OTRA	1	0.2	1	0.5	0	0.0

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA Nº 4

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO N° 13

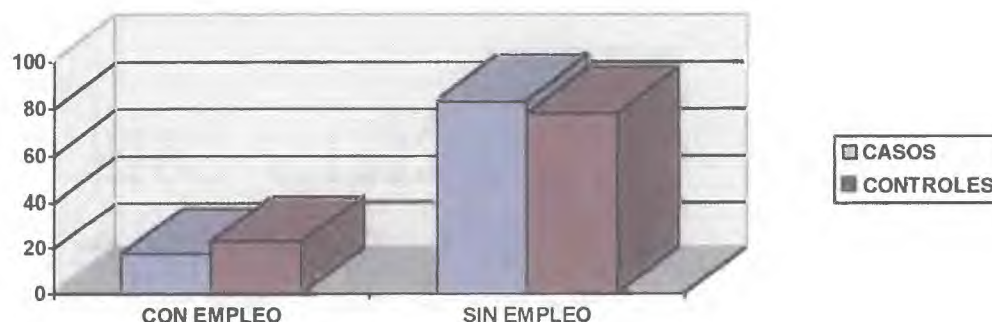
**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS
AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL DE LA
GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
CON EMPLEO	79	19.8	34	17.1	45	22.6
SIN EMPLEO	319	80.2	165	82.9	154	77.4

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA N° 5

**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS
AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL DE LA
GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO N° 14

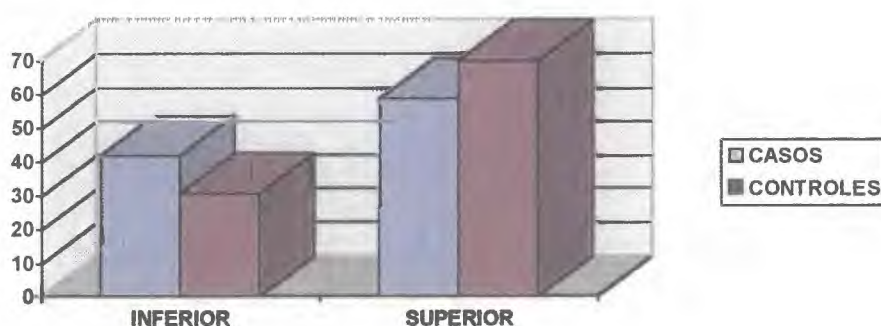
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL NIVEL DEL INGRESO FAMILIAR DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

INGRESO FAMILIAR	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	331	100	166	100	165	100
INFERIOR A LA CANASTA BÁSICA	119	36.0	69	41.6	50	30.3
SUPERIOR A LA CANASTA BÁSICA	212	64.0	97	58.4	115	69.7

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA N° 6

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL NIVEL DEL INGRESO FAMILIAR DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

Lugar de Residencia: el 55.5% de las mujeres del estudio procedían de corregimientos clasificados como de bajos niveles de satisfacción de necesidades básicas. Las proporciones fueron similares para los casos y controles tal como puede apreciarse en el **Cuadro N° 15**.

Origen: 57.6% de las mujeres eran originarias de sitios clasificados como de bajo nivel de satisfacción de necesidades (educación, vivienda, salud). Cuando se analizan los casos, el 54.8% y el 60.5% de los controles respectivamente eran originarias de sitios con bajos niveles de satisfacción tal como puede verse en el **Cuadro N° 16**.

Gravidez: 243 mujeres del estudio (61.1%) eran multigrávidas y 155 mujeres, 38.9%, eran primigrávidas. El 36.2% de los casos y el 41.7% de los controles eran primigrávidas. (**Cuadro N° 17**).

CUADRO N°15

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA DE LA GESTANTE. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

LUGAR DE RESIDENCIA	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
BAJO NIVEL DE SATISFACCIÓN	221	55.5	111	55.8	110	55.3
ALTO NIVEL DE SATISFACCIÓN	177	44.5	88	44.2	89	44.7

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO N° 16

**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL
CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ORIGEN DE LA GESTANTE..
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**

ORIGEN	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	392	100	197	100	195	100
BAJO NIVEL DE SATISFACCIÓN	226	57.6	108	54.8	118	60.5
ALTO NIVEL DE SATISFACCIÓN	166	42.4	89	45.2	77	39.5

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995

CUADRO N° 17

**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL
CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE GRAVIDEZ.
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**

GRAVIDEZ	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
PRIMIGRÁVIDA	155	38.9	72	36.2	83	41.7
MULTIGRÁVIDA	243	61.1	127	63.8	116	58.3

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

Promedio de Hijos paridos por mujer: en el total del grupo de estudio fue de 1.10 hijos por mujer. Este promedio fue para los casos de 1.27 y de 0.92 para los controles.

(Tabla N° 1).

Antecedente de embarazo previo normal: 199 mujeres del estudio que tenían antecedentes de embarazos previos, declararon que estos cursaron de manera normal.

Esta cifra representó el 88.8% del total. El 98.4% de los casos y el 77.2% de los controles reportaron el antecedente de embarazo previo normal, tal como puede apreciarse en el **Cuadro N° 18. (Gráfica N° 7).**

Intervalo intergenésico Corto: el 19.5% de las entrevistadas (46 mujeres), declararon estar criando un niño de dos o menos años de edad, en relación al momento del parto actual. El 36.1% de las mujeres del grupo de los casos y sólo el 1.8% de las mujeres del grupo control presentaron intervalos intergenésicos inferiores o iguales a 24 meses de duración. **(Cuadro N° 19, Gráfica N° 8).**

La media de duración del intervalo intergenésico fue de 53.33 meses, el intervalo más corto tuvo una duración de 12 meses y el mayor de 192 meses. El tiempo medio en meses de duración de este intervalo fue para los casos de 45.96 meses con una desviación estándar de 31.25 meses y para los controles de 63.41 meses con una desviación estándar de 31.14 meses. **(Tabla N° 1).**

Planificación del embarazo: 191 mujeres del estudio respondieron afirmativamente a la pregunta de si el embarazo había sido planeado. Esta cifra representa el 48.0% del total. En los casos, esta situación se dio en el 41.2% y en los controles en el 54.8%. **(Cuadro N° 20, Gráfica N° 9).**

Estado de salud previo al embarazo: 3% de las mujeres del estudio, 12 en total, informaron la percepción de trastornos en la condición de su salud, previa al embarazo.

Esta situación se dio en el 4.5% de los casos y en el 1.5% de los controles.(Cuadro N° 21, Gráfica N°10).

Motivo para iniciar el control prenatal: un total de 38 mujeres (9.6%) iniciaron el control prenatal por motivos curativos. El resto, 356 mujeres que representaron el 90.4%, acudieron por razones preventivas.

En cuanto a los casos, 13.7% percibieron alteraciones en el estado de salud que motivó el inicio del control prenatal. Esta situación se dio en el 5.6% de las gestantes del grupo control.(Cuadro N° 22, Gráfica N°11).

Percepción de riesgo a la salud en el primer trimestre de embarazo: se observó que 100 mujeres del estudio (25.1%) no perciben riesgos a la salud materno fetal durante el primer trimestre de gestación. El 31.2% de los casos y el 19.1% del grupo control respectivamente, no percibió la existencia de riesgos durante el primer trimestre de embarazo. (Cuadro N° 23, Gráfica N°12).

Percepción de beneficios a la salud materno fetal del control prenatal precoz: el 25.1 de las entrevistadas (100mujeres), no percibieron beneficios a la salud materno fetal, derivadas del inicio de un plan de cuidados prenatal durante el primer trimestre de embarazo. El 33.2% de los casos y el 17.1% de los controles no percibieron ventajas para la salud materno fetal por la conducta inicio precoz del control prenatal. (Cuadro N° 24, Gráfica N°13).

CUADRO Nº 18

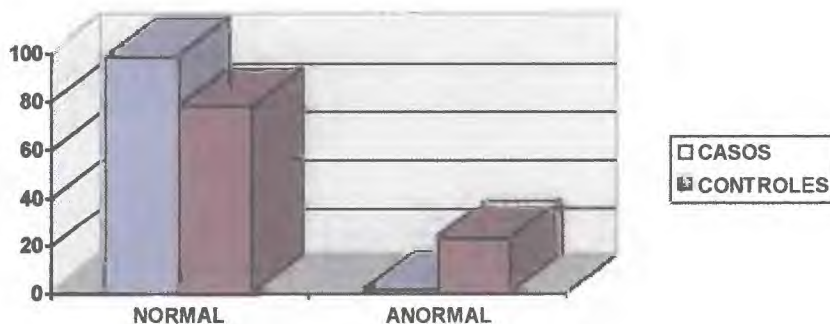
**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL
CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL RESULTADO DEL EMBARAZO Y
PARTO PREVIO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995**

RESULTADO DEL EMBARAZO PREVIO	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	224	100	123	100	101	100
NORMAL	199	88.8	121	98.4	78	77.2
ANORMAL	25	11.2	2	1.6	23	22.8

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA Nº 7

**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL
CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL RESULTADO DEL EMBARAZO Y
PARTO PREVIO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO N°19

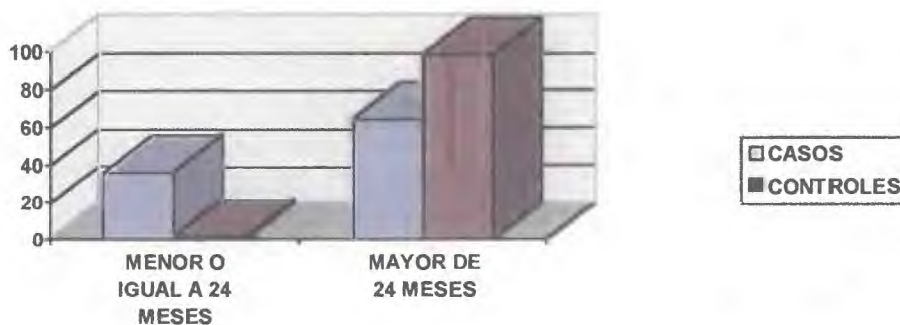
**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL
CONTROL PRENATAL SEGÚN LA DURACIÓN DEL INTERVALO
INTERGENÉSICO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**

DURACIÓN DEL INTERVALO INTERGENÉSICO	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	236	100	122	100	114	100
MENOR O IGUAL A 24 MESES	46	19.5	44	36.1	2	1.8
MAYOR DE 24 MESES	190	80.5	78	63.9	112	98.2

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995

GRÁFICA N° 8

**CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL
CONTROL PRENATAL SEGÚN LA DURACIÓN DEL INTERVALO
INTERGENÉSICO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995

CUADRO N° 20

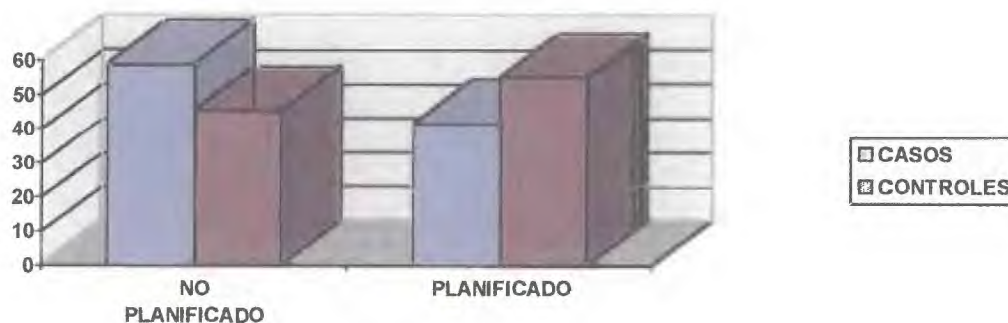
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO.	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
NO PLANIFICADO.	207	52.0	117	58.8	90	45.2
PLANIFICADO	191	48.0	82	41.2	109	54.8

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA N° 9

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO Nº 21

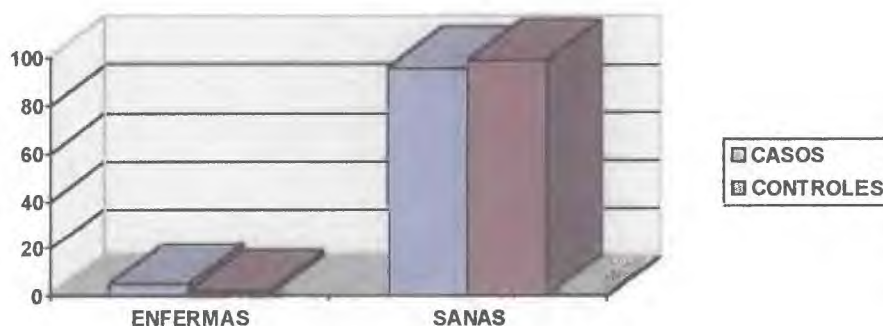
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ESTADO DE SALUD PREVIO AL EMBARAZO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

EMBARAZO	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
ENFERMAS	12	3.0	9	4.5	3	1.5
SANAS	386	97.0	190	95.5	196	98.5

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA Nº 10

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL ESTADO DE SALUD PREVIO AL EMBARAZO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO Nº 22

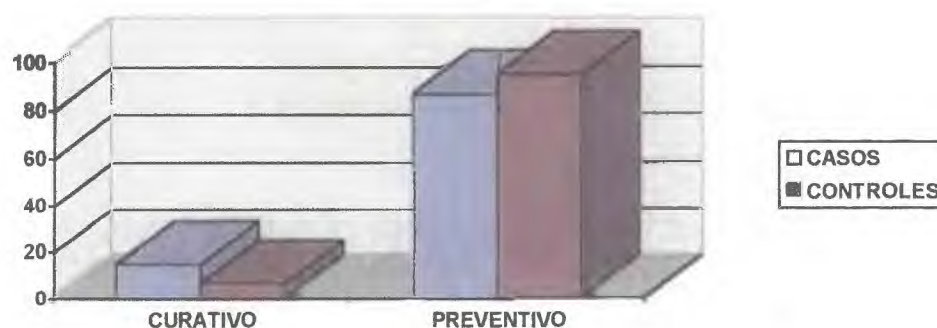
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL MOTIVO PARA INICIAR EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

MOTIVO	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	394	100	197	100	197	100
CURATIVO	38	9.6	27	13.7	11	5.6
PREVENTIVO	356	90.4	170	86.3	186	94.4

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA Nº 11

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN EL MOTIVO PARA INICIAR EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO Nº 23

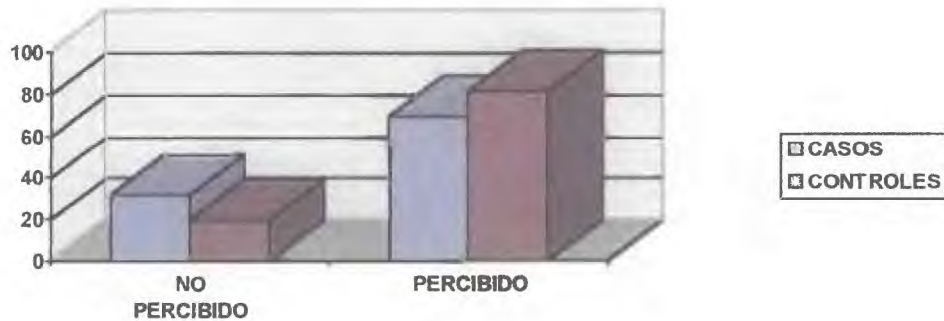
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNO FETAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
NO PERCIBIDO	100	25.1	62	31.2	38	19.1
PERCIBIDO	298	74.9	137	68.8	161	80.9

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA Nº 12

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNO FETAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

CUADRO Nº 24

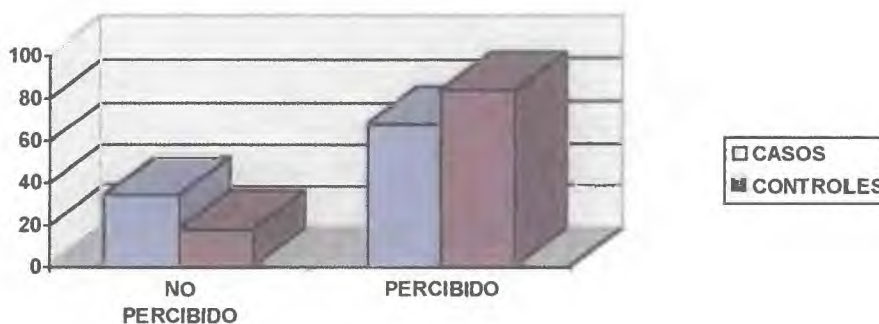
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNA FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	398	100	199	100	199	100
NO PERCIBIDO	100	25.1	66	33.2	34	17.1
PERCIBIDO	298	74.9	133	66.8	165	82.9

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA Nº 13

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNA FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

B. Factores del Sistema Prestador de la Atención:

Accesibilidad Geográfica: el tiempo medio en minutos para llegar a la instalación de salud para toda mujer del estudio utilizando medio de transporte usual, fue de 18.23 minutos. Esta accesibilidad fue en promedio de 19.17 minutos (desviación estándar de 15.39) para los casos y de 17.26 minutos (desviación estándar de 14.57 minutos) para los controles. **(Tabla N°1).**

Retraso de la decisión de iniciar el control prenatal por factores de la organización: 71 mujeres del estudio (18.6%), percibieron que factores de la organización tales como el costo de los exámenes de laboratorio, la hora de la citación para alcanzar un cupo para la atención, la atención demorada entre otros, influyeron en su decisión de iniciar precozmente el control prenatal. El 30.6% de los casos reconoció que su decisión se vio influenciada por factores organizacionales. Esta situación se dio en el 6.3% de los controles. **(Cuadro N° 25, Gráfica N° 14).**

CUADRO Nº 25

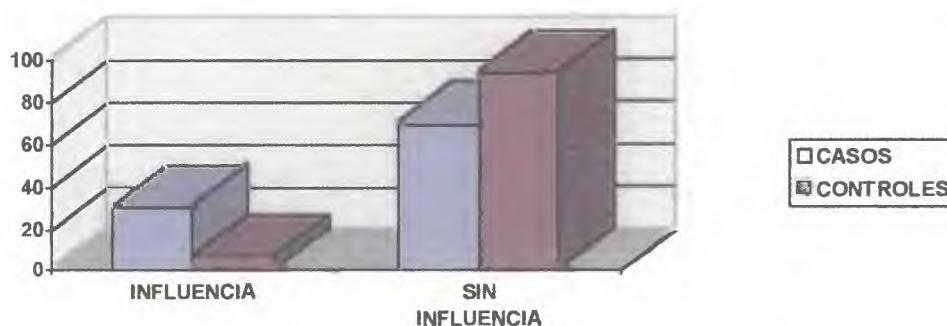
CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES ORGANIZACIONALES. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

INFLUENCIA	TOTAL		CASOS		CONTROLES	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	382	100	193	100	189	100
INFLUENCIA	71	18.6	59	30.6	12	6.3
SIN INFLUENCIA	311	81.4	134	69.4	177	93.7

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

GRÁFICA Nº 14

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES ORGANIZACIONALES. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO SIMPLE.

El análisis estadístico simple de todas las variables del estudio se presenta en el

CUADRO Nº 26

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO SIMPLE DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO
FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO EN GESTANTES
DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**

VARIABLE	X ²	X ² CRITICO	VALOR P	OR	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
Edad	0.01	5.99	0.93857	1.00	0.73 <1.00 <1.37
Raza	0.01	7.81	0.93462	1.00	0.72 <1.00 <1.40
Situación Conyugal	6.71	3.84	0.00959	2.27	1.16 <2.27 <4.50
Educación	0.01	7.81	0.93455	1.00	0.72 <1.00 <1.40
Situación Laboral	1.91	3.84	0.16739	0.71	0.41 <0.71 <1.19
Ingreso Familiar	4.55	3.84	0.03301	1.64	1.01 <1.64 <2.64
Lugar de residencia	0.01	3.84	0.91975	1.02	0.67 <1.02 <1.55
Origen	1.30	3.84	0.25486	0.79	0.52 <0.79 <1.21
Gravidez	1.28	3.84	0.25876	0.79	0.52 <0.79 <1.21
Antecedente de embarazo y parto previo normal	24.90	3.84	0.00000	17.84	4.17 <17.84 <158.67
Intervalo intergenésico corto	44.02	3.84	0.00000	31.59	7.75 <31.59 <273.66
No Planificación del embarazo	7.32	3.84	0.00681	1.73	1.14 <1.73 <2.62
Situación de salud previa al embarazo	3.09	3.84	0.07899	3.09	0.76 <3.09 <17.99
Motivo para iniciar el control prenatal	7.44	3.84	0.00638	2.69	1.24 <2.69 <6.18
No percepción de riesgo a la salud en el primer trimestre de gestación	7.67	3.84	0.00560	1.92	1.18 <1.92 <3.14
No percepción de beneficios	13.64	3.84	0.00022	2.41	1.47 <2.41 <3.99
Retraso de la decisión de iniciar control prenatal por factores de la organización	36.92	3.84	0.00000	6.49	3.28 <6.49 <13.76

FUENTE: ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO EN GESTANTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

Tal como puede apreciarse en el cuadro anterior, la edad, la raza, la educación, el estar empleada, el lugar de residencia, el origen, la primigravidez, la condición de salud previa al embarazo no constituyen factores de riesgo de la conducta inicio tardío del control prenatal.

El análisis del estrato raza negra, reveló que las diferencias entre los grupos de estudio fue estadísticamente significativa, $p= 0.03445$, con un riesgo calculado por la Or de 1.93.

Por otra parte, la significancia estadística y la magnitud de la asociación causal calculada permiten identificar a la situación conyugal inestable, el ingreso familiar inferior por debajo de la propuesta de canasta básica del MIPPE, al antecedente de embarazo previo normal, al intervalo intergenésico igual o inferior a 24 meses, la no planificación del embarazo, el modelo curativo de atención, la no percepción de riesgos a la salud durante el primer trimestre de gestación, la no percepción de beneficios del control prenatal precoz y a factores de la organización como factores asociados al inicio tardío del control prenatal. La magnitud mayor se observó en relación al intervalo intergenésico corto (OR: 31.59), seguido del antecedente de parto previo normal y a la influencia de los factores organizacionales en la decisión de iniciar control prenatal.

Los resultados referentes a las variables continuas edad, ingreso familiar, número de hijos paridos, duración del intervalo intergenésico y accesibilidad geográfica se aprecian en la **Tabla 2**.

TABLA N° 2

CASOS Y CONTROLES DEL ESTUDIO FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO SEGÚN LA SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE LAS MEDIAS DE LAS VARIABLES EDAD, INGRESO, INTERVALO INTERGENÉSICO, NÚMERO DE HIJOS PARIDOS Y ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995

VARIABLE	MEDIAS		DIFERENCIA DE LAS MEDIAS	ESTADÍSTICO t	VALOR P.
	CASOS	CONTROLES			
EDAD (AÑOS)	23.477	23.146	0.332	0.390	0.539847
INTERVALO INTERGENESICO (MESES)	45.967	63.416	-17.449	16.087	*0.000247
INGRESO (BALBOAS)	64.701	93.020	-28.319	15.391	*0.000289
HIJOS PARIDOS POR MUJER	1.273	0.924	0.348	7.275	*0.007311
ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA (MINUTOS)	19.179	17.269	1.909	1.359	0.242916

*Significancia Estadística, $p \leq 0.05$.

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PUÉRPERAS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos por las variables edad y accesibilidad geográfica. Las diferencias de las medias de las variables: duración del intervalo intergenésico, número de hijos paridos e ingreso, mostraron diferencias estadísticamente significativas. (Valor de p inferior a 0.05).

3. ANÁLISIS ESTRATIFICADO.

Como previamente se estableció en el marco conceptual, se consideraron factores de riesgo de la conducta control prenatal tardío, las variables del usuario de naturaleza sociopsicológicas, específicamente la no percepción de riesgos a la salud materno fetal durante el primer trimestre de gestación y la no percepción de beneficios a la salud

materno fetal del inicio precoz del control prenatal. Las variables del usuario de naturaleza sociodemográficas y las variables del sistema prestador de la atención, se consideraron en este estudio como factores de confusión. Estas últimas variables se denominan así, porque distorsionan la estimación del efecto del factor de exposición que se estudia, debido a que pueden sobreestimar, subestimar o anular el efecto de la variable de exposición.

Para el control de las variables que se consideraron como factores de confusión, se utilizó la estratificación en el análisis. Este procedimiento valora la asociación causal real entre la variable de exposición y la enfermedad en los distintos estratos de la variable de confusión mediante el cálculo de la Razón de Productos Cruzados. En una segunda fase, se calcula un estimador global ponderado de la asociación causal que controle el efecto distorsionante del factor de confusión. En una tercera etapa, se procede a comparar la Or de la variable de exposición con la Or ponderada o estimador global, si las dos Or son iguales o con diferencia inferior al 5% se considera que la variable no ejerce efecto de confusión.

El resultado del análisis estratificado para la variable No percepción de riesgos a la salud materno fetal durante el primer trimestre de gestación, puede observarse en los cuadros 27 al 30.

En cuanto a las variables socio demográficas, la edad, la raza y el ingreso familiar ejercen un efecto de confusión. La edad sobreestima el riesgo principalmente en el grupo de adolescentes. La raza subestima el valor principalmente por el mestizaje y el ingreso, a través del grupo con ingreso familiar superior al de la canasta básica.

En relación a las variables de experiencia obstétrica, el antecedente de embarazo previo, el intervalo intergenésico y el número de hijos paridos sobreestiman el riesgo de iniciar el control prenatal tardío.

Los factores organizacionales y la accesibilidad geográfica, también influyen sobreestimando el riesgo de iniciar el control prenatal tardío, cuando la variable que se investiga es la no percepción de riesgos.

El motivo de inicio del control prenatal, en particular los preventivos, sobreestiman el riesgo de iniciar el control prenatal.

El efecto de las variables de confusión sobre la variable no percepción de beneficios se puede apreciar en los cuadros 31 al 34.

Las variables sociodemográficas raza, origen y estado civil, subestiman el riesgo. En relación a la raza el mayor efecto se vio cuando la mujer fue de raza negra y cuando la mujer confrontó una situación conyugal de separada.

Por otra parte, las variables de experiencia obstétrica tales como el antecedente de embarazo previo y el intervalo intergenésico, ejercen un efecto subestimador de la variable percepción del beneficio del control prenatal tardío. Llama la atención que la percepción de beneficios se vio distorsionada cuando la mujer tuvo embarazo normal y cuando el intervalo intergenésico fue inferior a los dos años.

Las variables del sistema prestador influyen sobreestimando el riesgo.

Las variables psicosociales no ejercieron influencia sobre la percepción de beneficios al control prenatal.

CUADRO N° 27

**EFFECTO DE LAS VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS SOBRE LA PERCEPCIÓN DE
RIESGOS A LA SALUD MATERNO FETAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE
GESTACIÓN. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.**

VARIABLE	X ²	VALOR P	RAZON DE PRODUCTOS CRUZADOS	INTERVALO 95%	
				LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
NO PERCEPCIÓN DE RIESGOS	7.67	0.00560	1.92	1.17	3.15
GRUPO DE EDAD					
10-19	3.03	0.08181	2.73	0.99	6.82
20-34	3.96	0.04649	1.77		
35 y mas	indefinido				
NO PERCEPCIÓN DE RIESGOS, VALOR AJUSTADO	7.44	0.00639	2.02	1.24	3.29
RAZA					
Blanca	1.17	0.28008	—		
Negra	9.68	0.00185	—		
Indígena	2.75	0.09725	—		
Mestiza	1.74	0.18776	1.41	0.82	2.42
NO PERCEPCIÓN DE RIESGOS, VALOR AJUSTADO	5.19	0.02267	1.81	1.11	2.94
LUGAR DE RESIDENCIA					
Muy bajo nivel	3.62	0.05722	3.65	0.79	18.10
Bajo	3.17	0.07507	3.14	0.75	13.84
Medio Bajo	6.05	0.01388	2.72	1.12	6.66
Medio Alto	0.17	0.68154	1.23	0.41	3.72
Alto	0.50	0.48093	0.63	0.14	2.68
NO PERCEPCIÓN DE RIESGO, VALOR AJUSTADO	7.13	0.21513	1.94	1.21	3.09
LUGAR DE ORIGEN					
Bajo Nivel	0.16	0.68984	1.16	0.53	2.56
Alto Nivel	9.79	0.00175	2.66	1.36	5.23
NO PERCEPCIÓN DE RIESGO, VALOR AJUSTADO	6.19	0.01285	1.85	1.16	2.95
ESTADO CIVIL					
Casada	1.64	0.20053	0.47	0.12	1.75
Separada	1.04	0.30760	2.47	0.35	21.50
Unida	11.58	0.00666	2.66	1.44	4.95
NO PERCEPCIÓN DEL RIESGO, VALOR AJUSTADO	6.60	0.01018	1.91	1.18	3.07
EDUCACION					
Primaria incompleta	2.71	0.10002	2.63	0.71	10.02
Primaria completa	0.00	0.95352	0.94	0.07	12.52
Secundaria incompleta	12.37	0.00043	3.47	1.60	7.60
Secundaria completa	0.00	0.95694	0.97	0.32	2.94
Universidad incompleta	2.26	0.13251	0.24	0.02	2.11
NO PERCEPCIÓN DE RIESGO, VALOR AJUSTADO	6.66	0.00987	1.87	1.18	2.98
EMPLEO					
Con empleo	2.29	0.13005	2.18	0.70	6.87
Sin empleo	5.61	0.01787	1.87	1.07	3.29
NO PERCEPCIÓN DE RIESGO, VALOR AJUSTADO	7.19	0.00733	1.93	1.21	3.08
INGRESO FAMILIAR					
Bajo canasta básica	2.07	0.15069	1.87	0.73	4.88
Sobre canasta básica	3.35	0.06712	1.78	0.91	3.49
NO PERCEPCIÓN DE RIESGO, VALOR AJUSTADO	4.85	0.02769	1.81	1.10	3.00

FUENTE: ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO.
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 28

EFFECTO DE LAS VARIABLES DE EXPERIENCIA OBSTÉTRICA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNO FETAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

VARIABLE	X ²	VALOR P	RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADO	INTERVALO 95%	
				LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
NO PERCEPCIÓN DE RIESGO	7.67	0.00560	1.92	1.17	3.15
GRAVIDEZ					
Primigrávida	0.51	0.59527	1.30	0.59	2.84
Multigrávida	9.23	0.00237	2.60	1.32	5.13
NO PERCEPCIÓN DE RIESGO, VALOR AJUSTADO	7.20	0.00727	1.94	1.32	3.08
GRAVIDEZ PREVIA NORMAL					
Normal	8.90	0.00284	3.11	1.36	7.28
Anormal	1.17	0.27859	4.75	0.00	238.52
NO PERCEPCIÓN DE RIESGO, VALOR AJUSTADO	8.80	0.00301	3.17	1.51	6.69
INTERVALO INTERGENESICO					
Menor 24 meses	4.68	0.03059	0.00	0.00	1.79
Mayor 24 meses	11.96	0.00054	3.42	1.57	7.52
NO PERCEPCIÓN DE RIESGO, VALOR AJUSTADO	7.39	0.00655	2.54	1.30	4.98
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO					
Planificado	9.00	0.00269	2.70	1.32	5.56
No Planificado	1.18	0.27690	1.44	0.71	2.96
NO PERCEPCIÓN DEL RIESGO, VALOR AJUSTADO	7.69	0.00555	1.92	1.24	3.14
NUMERO DE HIJOS PARIDOS, VALOR AJUSTADO	8.26	0.00406	2.06	1.28	3.31

FUENTE: ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 29

EFFECTO DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA PRESTADOR DE ATENCIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNO FETAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995

VARIABLE	X ²	VALOR P	RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
				LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
NO PERCEPCIÓN DEL RIESGO	7.67	0.00560	1.92	1.17	3.15
RETRASO DE LA DECISIÓN POR FACTORES ORGANIZACIONES					
Retraso	2.15	0.14271	0.36	0.07	1.82
No retraso	16.53	0.00004	2.89	1.66	5.07
NO PERCEPCIÓN DEL RIESGO, VALOR AJUSTADO	10.92	0.00095	2.25	1.38	3.66
ACCESIBILIDAD, VALOR AJUSTADO.	11.58	0.00066	2.66	1.53	4.63

FUENTE: ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 30

EFFECTO DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES SOBRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNO FETAL. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

VARIABLE	X ²	VALOR P	RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS	LÍMITE DE CONFIANZA 95%	
				LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
NO PERCEPCIÓN DEL RIESGO	7.67	0.00560	1.92	1.17	3.15
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD PREVIO AL EMBARAZO					
Sana	8.91	0.00286	2.03	1.23	3.36
Enferma	0.73	0.39180	0.25	0.00	15.18
NO PERCEPCIÓN DEL RIESGO, VALOR AJUSTADO	7.41	0.00647	1.94	1.22	3.08
MOTIVO DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL					
Preventivo	9.36	0.00222	2.14	1.27	3.62
Curativo	0.25	0.61532	1.57	0.22	13.83
NO PERCEPCIÓN DEL RIESGO, VALOR AJUSTADO	8.75	0.00308	2.05	1.30	3.35

FUENTE: ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 31

**EFEECTO DE LAS VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS SOBRE LA PERCEPCIÓN DE
BENEFICIOS POR EL INICIO DEL CONTROL PRENATAL PRECOZ. HOSPITAL SANTO
TOMÁS. 1995**

VARIABLE	X ²	VALOR P	RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
				LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS	13.64	0.00022	2.41	1.46	3.99
EDAD					
10 -19	0.83	0.36120	1.74	0.66	4.55
20 -34	18.09	0.00002	3.65	1.98	6.72
35 y mas	indefinido				
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS, VALOR AJUSTADO	12.90	0.00032	2.48	1.49	14.12
RAZA					
Blanca	0.46	0.49800	2.00	0.20	24.82
Negra	0.23	0.63386	0.75	0.20	2.87
Indígena	1.83	0.17573	-		
Mestiza	13.98	0.00019	2.81	1.55	5.10
NO PERCEPCIÓN DEL BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	11.13	0.00084	2.28	1.42	3.66
LUGAR DE RESIDENCIA					
Muy bajo nivel	3.00	0.08326	6.11	0.58	154.13
Bajo	0.00	0.98946	1.01	0.25	4.14
Medio Bajo	6.05	0.01388	2.72	1.12	6.66
Medio Alto	8.68	0.00321	4.23	1.42	13.15
Alto	0.09	0.76684	1.20	0.31	4.66
NO PERCEPCIÓN DEL BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	12.36	0.00044	2.40	1.49	3.88
ORIGEN					
Alto	3.07	0.07982	1.90	0.87	4.18
Bajo	9.05	0.00262	2.61	1.31	5.19
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS, VALOR AJUSTADO	10.90	0.00096	2.27	1.41	3.65
ESTADO CIVIL					
Casada	1.39	0.23785	2.89	0.38	26.25
Separada	1.81	0.17879	0.37	0.07	1.98
Unida	13.52	0.00023	2.72	1.52	4.88
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	10.03	0.00154	2.19	1.36	3.54
EDUCACION					
Primaria incompleta	2.01	0.15619	2.11	0.66	6.85
Primaria completa	0.44	0.50637	0.50	0.04	5.54
Secundaria incompleta	8.16	0.00429	2.69	1.27	5.72
Secundaria completa	7.63	0.00575	4.92	1.33	19.82
Universidad incompleta	0.01	0.91763	1.13	0.08	15.72
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	13.29	0.00026	2.47	1.53	3.98
EMPLEO					
Con empleo	5.52	0.01876	4.27	1.05	18.64
Sin empleo	8.43	0.00369	2.12	1.23	3.68
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	12.09	0.00050	2.35	1.46	3.77
INGRESO FAMILIAR					
Inferior a canasta básica	4.26	0.03903	2.42	0.96	6.22
Superior a canasta básica	5.48	0.01925	2.27	1.07	4.84
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	8.94	0.00279	2.33	1.36	3.98

FUENTE: ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 32
EFFECTO DE LAS VARIABLES DE EXPERIENCIA OBSTÉTRICA SOBRE LA PERCEPCIÓN
DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNO FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL
PRENATAL. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

VARIABLE	X ²	VALOR P	RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADO	INTERVALO 95%	
				LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO	13.64	0.00022	2.41	1.46	3.99
GRAVIDEZ					
Primigrávida	3.36	0.06699	2.07	0.88	4.93
Multigrávida	9.92	0.00163	2.57	1.35	4.90
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	12.31	0.00045	2.38	1.48	3.82
GRAVIDEZ PREVIA NORMAL					
Normal	5.11	0.02383	2.14	1.04	4.41
Anormal	2.85	0.09116	10.50	0.00	739.26
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	5.38	0.02044	2.24	1.17	4.30
INTERVALO INTERGENESICO					
Menor 24 meses	3.49	0.06176	0.00	0.00	2.44
Mayor 24 meses	8.01	0.00464	2.56	1.25	5.27
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO VALOR AJUSTADO	4.78	0.02871	2.08	1.10	3.90
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO					
Planificado	6.96	0.00832	2.48	1.18	5.24
No Planificado	6.28	0.01222	2.31	1.13	4.77
NO PERCEPCIÓN DEL BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	12.35	0.00044	2.39	1.48	3.85
NUMERO DE HIJOS PARIDOS, VALOR AJUSTADO	11.32	0.00076	2.32	1.44	3.75

FUENTE: ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 33
EFFECTO DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA PRESTADOR DE ATENCIÓN SOBRE LA
PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A SALUD MATERNO FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL
CONTROL PRENATAL. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

VARIABLE	X ²	VALOR P	RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
				LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO	13.64	0.00022	2.41	1.46	3.99
RETRASO DE LA DECISIÓN POR FACTORES ORGANIZACIONALES					
Retraso	0.08	0.77227	1.28	0.21	9.85
No retraso	18.71	0.00001	3.11	1.77	5.46
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	16.62	0.00004	2.84	1.72	4.70
ACCESIBILIDAD					
NO PERCEPCIÓN DEL BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	11.88	0.00056	2.57	1.51	4.40

FUENTE: ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 34

RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES Y LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A SALUD MATERNO FETAL POR EL INICIO PRECOZ DEL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL SANTO TOMÁS. 1995.

VARIABLE	X ²	VALOR P	RAZÓN DE PRODUCTOS CRUZADOS	LÍMITE DE CONFIANZA 95%	
				LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO	13.64	0.00022	2.41	1.46	3.99
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD PREVIO AL EMBARAZO					
Sana	12.03	0.00052	2.31	1.39	3.85
Enferma	1.83	0.17573	-		
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO, VALOR AJUSTADO	12.48	0.00041	2.40	1.49	3.85
MOTIVO DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL					
Preventivo	15.26	0.00009	2.66	1.56	4.54
Curativo	0.01	0.93275	0.93	0.15	6.12
NO PERCEPCIÓN DE BENEFICIO,, VALOR AJUSTADO	12.93	0.00032	2.42	1.50	3.88

FUENTE: ESTUDIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CONCLUSIONES

Relativas al proceso de sustentación del Marco Conceptual.

1. La información sobre la incidencia y prevalencia de morbilidad en la mujer durante el embarazo es escasa y la existente es de valor limitado, ya que se ve afectada por problemas en la notificación, tabulación y en el análisis de que quien toma la decisión de acciones integrales para la atención de la salud.
2. La información sobre morbilidad del perinato y del recién nacido en la Región Metropolitana de Salud, también está afectada por problemas en la notificación, tabulación y análisis.

Relativas al proceso de selección de la Metodología de la Investigación.

- 3 El método escogido para la prueba de la hipótesis, estudio de casos y controles, conllevaba el riesgo de sesgo de memoria por parte de los casos y controles. Así como también el riesgo de que los casos explicaran su conducta, atribuyendo defectos al sistema prestador de atención de la salud. Esta última situación creemos fue neutralizada mediante la estrategia de obtener información sobre el momento en que la mujer inicio el control prenatal del expediente y no directamente de la entrevista.

De los resultados del estudio.

Factores del sistema prestador de la atención:

- 4 Los centros de salud de la Región Metropolitana, fueron accesibles a las mujeres del estudio, tanto para los casos y controles. El tiempo promedio para acceder a

un establecimiento de salud fue de 18.23 minutos utilizando medio de transporte usual.

El análisis estadístico permite concluir que la Accesibilidad Geográfica de los establecimientos de salud de la Región Metropolitana de Salud, es un factor que no influye en la decisión de iniciar tardíamente el control prenatal.

- 5 Factores de la organización de la atención, tales como el horario para obtener un cupo, el costo de los exámenes de laboratorio, la atención demorada, afectan la decisión de iniciar el control prenatal precozmente, conclusión fundamentada por el valor crudo atribuible a este factor que fue el el tercero más alto de los encontrados en este estudio. El hallazgo es de gran interés, porque plantea la necesidad del análisis de estos factores desagregados, en particular los relativos al proceso de atención.

Factores de la población en situación de riesgo.

Factores Sociodemográficos:

6. La edad no influye en la decisión de iniciar tardíamente el control prenatal. Este resultado invalida nuestra percepción en relación con la adolescente, en particular nuestra creencia personal de que la mujer adolescente retrasa el inicio del control prenatal, afectada probablemente por factores como el ingreso, la inestabilidad conyugal y el temor a la presión social.
7. El nivel de educación de las mujeres del estudio no influyó en su decisión de iniciar el control prenatal. Este hecho parece confirmar la aseveración de Jenicek

y no deja de ser interesante, porque nos lleva a reflexionar sobre las fallas en el sistema educativo formal y en el sistema de salud en lo que se refiere a temas de biología y reproducción humana.

8. La capacidad adquisitiva de la mujer afecta su decisión de iniciar el control prenatal, tal como estaba previsto en el marco conceptual y teórico. El hallazgo relativo a la situación conyugal de la mujer, confirma la aseveración de Colimon en lo que se refiere al descuido a la atención de la salud, como resultado de inseguridad resultante de una situación conyugal inestable.
9. El lugar de residencia y el origen de la mujer no afectaron la decisión de iniciar el control prenatal. Esto se explica en parte, por la relativa homogeneidad del grupo en lo referente a la estructura socio económica. Creemos que plantear la investigación de la variable origen en la forma en que se hizo en el estudio, alteró su resultado y tal vez sea necesario su investigación planteando criterios tales como origen rural, urbano y, urbano marginal.
10. En términos generales, la raza no afecta la decisión de iniciar el control prenatal. Sin embargo el análisis del estrato raza negra en este estudio, permite concluir que ella está más afectada por la conducta control prenatal tardío, aumentando riesgos a su salud y a su feto, a expensas de una edad de 35 y más años y por su situación conyugal inestable.

Factores biológicos relativos a la experiencia obstétrica.

Se constituyeron en los factores de riesgo más importantes para la conducta control prenatal tardío.

11. El intervalo intergenésico corto, se constituyó en el factor de más importancia para la conducta control prenatal tardío, mostrando la Or más elevada de todos los factores investigados. Es por lo tanto, un factor que debe tenerse en cuenta en la organización de la atención de la mujer, en lo que se refiere a horarios de atención más accesibles y expeditos a la mujer que cria un niño pequeño. Esta situación también revela fallas en los equipos de salud, en lo concerniente a la Promoción de la Salud, especialmente en los beneficios que el espaciamiento de los hijos ejercen en la salud de la mujer y del niño.
12. La experiencia de un embarazo previo normal se constituyó en el segundo factor de riesgo más importante para la conducta control prenatal tardío. Al igual que el factor antes analizado, revela las fallas del conocimiento de la mujer y, fallas en la transmisión de conocimientos en materia de salud reproductiva por parte del equipo de salud.
13. El embarazo no planeado, fue otra situación que favoreció la conducta de iniciar tardíamente el control prenatal, así como el mayor promedio de hijos paridos.

En su conjunto todos estos factores están señalando hacia deficiencias en el conocimiento de la mujer y su pareja, sobre biología reproductiva; además fallas en el equipo de salud local en la promoción de la salud de la mujer y su feto y en la prevención de riesgos durante el embarazo y parto.

Factores Sociopsicológicos.

14. La percepción de la mujer de que el primer trimestre de embarazo no conlleva riesgos a su salud y a la de su feto y, que fue estadísticamente significativa no es más que la confirmación de los hallazgos previos. Esta situación se encontró en el 25.1% de las mujeres encuestadas (31.2% y 19.1% en los casos y controles respectivamente), proporción significativa y que revela la magnitud del trabajo que en materia de promoción en general y de salud reproductiva en particular hay que realizar si tomamos en cuenta el hecho de que la cifra de mujeres de la región metropolitana en edad reproductiva, se estima en 162,268 mujeres para el año de 1995.
15. Por otro parte, es preocupante el hecho de que el 25.1% de las mujeres encuestadas no perciben beneficios del control prenatal iniciado precozmente, hecho que confirma las deficiencias en el conocimiento y en la transmisión de conocimientos y por otro lado la influencia que el modelo curativo de atención ejerce. Esta aseveración se fundamenta en el hallazgo de una diferencia estadísticamente significativa, entre las mujeres que atendieron el control prenatal tardíamente, por razón de la percepción de una alteración en el estado de salud.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos y conclusiones nos permiten hacer las siguientes recomendaciones:

1. El equipo regional y local de salud debe iniciar un proceso de evaluación sobre su sistema de información, en particular del proceso salud enfermedad que afecta a la mujer gestante y al recién nacido. De este análisis debe surgir una propuesta de variables, sujeto de vigilancia capaces de producir un diagnóstico preciso de la situación de salud de la gestante de la Región Metropolitana de salud, así como un análisis de los subprocesos de notificación, tabulación, análisis y divulgación que facilite la organización de recursos, partiendo de decisiones mejor informadas.
2. Las instalaciones de salud de la región metropolitana deben iniciar un proceso de análisis de su accesibilidad temporal. Investigar a nivel local cómo los factores de la organización, horarios, costos, personal y otros, están afectando la oferta de servicios prenatales; además cómo este hecho está incidiendo en la salud de la mujer y el recién nacido, con la finalidad de corregir factores controlables a nivel local.
3. La unidad docente regional, debe iniciar un proceso de evaluación de la necesidad de capacitación de los equipos locales de salud, en materia de Promoción y Prevención de daños a la salud en general y en biología reproductiva en particular. De esta evaluación debe surgir la propuesta de un plan y el programa

de actualización y capacitación en promoción de la salud, dirigido tanto al equipo local como a la formación de promotores locales de salud y a la comunidad en general.

4. Los factores de riesgo identificados permiten proponer como temas obligados en la propuesta antes mencionada, los siguientes:

Evolución Normal del Embarazo. Con una clara identificación de los principales fenómenos biológicos de cada trimestre enfatizando los riesgos propios de cada uno de ellos.

Planificación Familiar. Su efecto sobre la salud de la madre y el recién nacido, con una especial consideración del efecto que el intervalo intergenésico corto, ejerce sobre la salud de la madre y su hijo.

ANEXOS

Anexo 1.

CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL PRENATAL PRECOZ EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL RESIDENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD DE PANAMÁ. MARZO 1995.³²

Gloriela Gómez de Gordón.³³

Un problema constante que se evidencia cada año, al evaluar las actividades del programa matenal de la Región Metropolitana de Salud, es la persistencia de elevados porcentajes de gestantes que ingresan al programa del control prenatal tardíamente, cuando cursan el segundo o tercer trimestre de gestación.

Es ampliamente conocido el hecho de que las pérdidas maternas, fetales o neonatales imprevistas, son menos frecuentes si se ha proporcionado atención temprana y sostenida durante todo el embarazo (Pernoll, 1986).

En el año de 1993, en la Región Metropolitana de Salud, el 59.1% de las gestantes ingresadas al sistema de atención al embarazo, accedieron al mismo luego de superadas las 12 primeras semanas de gestación y el 15.3% ingresó con 28 o más semanas de gestación.

En este mismo año en la Región Metropolitana de Salud, se registraron 3 muertes maternas, alcanzando la tasa de mortalidad materna en esta región la cifra de 27 por cien mil nacidos vivos, cifra que según la OMS señala un índice moderado de muertes asociadas al embarazo. La tasa de Mortalidad Perinatal a nivel de la Región Metropolitana de Salud para el mismo año, alcanzó la cifra de 20.8 por mil nacidos vivos constituyéndose la Prematuridad (59%) y las Malformaciones Congénitas, las responsables de la gran mayoría de las muertes en este último grupo de niños.

La existencia de asociación entre control prenatal inadecuado y morbi-mortalidad materna y perinatal expresada en diversos trabajos (Neel y Alvarez, 1991; Kestler y col., 1991; Elster y col, 1983), los informes de la situación de salud materna en la Región Metropolitana de Salud, el hecho de control prenatal inadecuado en una proporción significativa de gestantes de la Región Metropolitana de Salud, plantean la necesidad de investigar sobre posibles factores asociados a la utilización tardía de los servicios de atención prenatal, especialmente aquellos que se refieren a las creencias y conocimientos que exhiben las mujeres en edad reproductiva en relación al inicio precoz de la atención prenatal.

³² Estudio realizado como parte de trabajo de tesis para optar por el grado de Maestra en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

³³ Doctora en Medicina por la Universidad Nacional de Panamá. Especialista en Ginecología y Obstetricia.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Utilizando la asistencia del Programa Epi-Info³⁴, se estimó el tamaño de una muestra de mujeres en edad reproductiva de la Región Metropolitana, con la finalidad de conocer la prevalencia de la variable conocimientos sobre el beneficios que brinda a la salud materna fetal, la asistencia a servicios de atención prenatal temprana y la prevalencia de la variable conocimiento sobre riesgos a la salud materna fetal, durante el primer trimestre de gestación.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, el universo lo constituyó la población femenina entre 15 y 49 años de edad, estimada para la Región Metropolitana de Salud, según la Contraloría General de la República (162,218 mujeres). Como prevalencia del factor de riesgo se utilizó, la cifra de 20%, cifra obtenida por Hochbaum³⁵ en 1958, cuando investigó las variables percepción de beneficios y riesgos, en su estudio sobre prevalencia de comportamientos, como factores asociados a la utilización de servicios de atención a la salud de naturaleza preventiva.

La información se ingresó al programa StatCal de Epi-Info, el cual calculó en 61 mujeres la muestra necesaria para realizar un estudio poblacional.

La muestra de mujeres se obtuvo al azar entre aquellas que asistían a consultas de cualquier naturaleza en tres Centros de Salud de la Región Metropolitana de Salud, elegidos también al azar (Juan Díaz, Río Abajo, Pueblo Nuevo). A las participantes del estudio, se les aplicó una encuesta estructurada por un sólo entrevistador, una vez que las mismas habían aceptado participar en la encuesta.

Previo a la recolección de los datos, la encuesta fue validada mediante su aplicación a una muestra pequeña elegida también al azar, con el objetivo de normalizar y controlar la calidad del procedimiento de recolección y evaluar la confiabilidad de los datos recogidos.

Una vez recogidos los datos se procedió a su categorización, tabulación y aplicación de técnicas de análisis basadas en proporciones y porcentajes.

RESULTADOS.

El 53.2% de las mujeres encuestadas se encontraban entre 20 y 29 años de edad. 16.1% eran adolescentes y 4.8% tenían 40 y más años de edad. (Tabla 1).

67.7% de las encuestadas, percibieron el embarazo como una condición de bajo riesgo para la salud de la mujer, el 32.3% consideró al embarazo como una situación de riesgos elevados para la salud de la mujer. (Tabla 2).

³⁴ Jeffrey Dean y otros. **Epi Info Versión 5.0**. Atlanta. Abril. 1990.

³⁵ Dever Alan. **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud**. Aspen Publishers. Inc. Maryland. 1984.

El 22.6% de las mujeres encuestadas consideraron que el control prenatal debe iniciarse al alcanzar o superar los tres meses de gestación. (Tabla N 3).

35.5% de las mujeres no perciben beneficios de la asistencia precoz al control prenatal para la salud materno fetal, durante el embarazo o al momento del parto. (Tabla 4).

37.1% de las encuestadas no perciben riesgos a la salud materna-fetal, durante el primer trimestre de gestación. El 17.7% de las encuestadas no percibieron ni beneficios de la asistencia precoz al embarazo, ni riesgos para la salud materno fetal, durante el primer trimestre de gestación. (Tabla 6).

DISCUSIÓN.

Mediante este estudio preliminar, se estimó que la prevalencia de la no percepción de beneficios del control prenatal precoz, conjuntamente con la no percepción de riesgos a la salud materno-fetal, alcanza un porcentaje de casi 18%; casi 1 de 5 mujeres, cifra bastante cercana a la encontrada por los trabajos de Hochbaum.

Este hallazgo, lleva a la consideración de si esta proporción se constituye o no, en un factor de riesgo para la asistencia tardía al control prenatal, condición que añadiría un elemento de riesgo al embarazo, al no permitir captar precozmente a la mujer que puede estar en riesgo de desarrollar problemas a la salud de la madre o del producto de la concepción.

Llama también la atención entre los hallazgos, el hecho de que el 22.6% de las mujeres consideraron que el embarazo debe iniciarse al alcanzar 3 o más meses de gestación. En este último grupo, las adolescentes correspondieron al 35.7% de la muestra. Analizado este grupo en forma individual, de las 10 adolescentes encuestadas, 5 tenían esta creencia (50%).

CUADRO N° 1**DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN EDAD. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD DE PANAMÁ. 1995.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	62	100
10-19	10	16.1
20-29	33	53.3
30-39	16	25.8
40 Y MÁS	3	4.8

FUENTE: ESTUDIO SOBRE CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 2**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN EL EMBARAZO . REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.**

EDAD	ALTO RIESGO	PORCENTAJE	BAJO RIESGO	PORCENTAJE
TOTAL	42	67.7	20	32.3
10-19	6	9.6	4	6.4
20-29	20	32.2	13	20.9
30-39	13	20.9	3	4.8
40 Y MÁS	3	4.8	0	0.0

FUENTE: ESTUDIO SOBRE CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES POR CREENCIA SOBRE LA EDAD GESTACIONAL ÓPTIMA PARA INICIAR EL CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD DE PANAMÁ. 1995.

EDAD	≤ 12 SEMANAS	PORCENTAJE	≥ 13 SEMANAS	PORCENTAJE
TOTAL	48	77.4	14	22.6
10-19	5	8.1	5	8.1
20-29	27	43.6	6	9.7
30-39	13	20.9	3	4.8
40 Y MÁS	3	4.8	0	0.0

FUENTE: ESTUDIO SOBRE CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO ° 4.

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES POR LA PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS A LA SALUD MATERNA FETAL POR EL CONTROL PRENATAL PRECOZ. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD DE PANAMÁ. 1995.

EDAD	BENEFICIO	PORCENTAJE	NO BENEFICIO	PORCENTAJE
TOTAL	40	64.5	22	35.5
10-19	7	11.3	3	4.8
20-29	19	30.6	14	22.6
30-39	12	19.6	4	6.5
40 Y MÁS	2	3.2	1	1.6

FUENTE: ESTUDIO SOBRE CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES POR LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD MATERNA FETAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN SEGÚN LA EDAD DE LA MUJER. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

EDAD	RIESGO PERCIBIDO	PORCENTAJE	RIESGO NO PERCIBIDO	PORCENTAJE
TOTAL	39	62.9	23	37.1
10-19	7	11.3	3	4.8
20-29	19	30.7	14	22.6
30-39	10	16.1	6	9.7
40 Y MÁS	0	0.0	0	0.0

FUENTE: ESTUDIO SOBRE CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

CUADRO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES POR LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL PRECOZ DEL EMBARAZO SEGÚN LA EDAD DE LA MUJER. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD DE PANAMÁ. 1995.

EDAD	SI/SI	%	NO/NO	%	SI/NO	%	NO/SI	%
TOTAL	28	45.2	11	17.7	12	19.4	11	17.7
10-19	6	9.7	2	3.2	1	1.6	1	1.6
20-29	12	9.7	7	11.3	7	11.3	7	11.3
30-39	8	12.9	2	3.2	4	6.5	2	3.2
40 Y MÁS	2	3.2	0	0.0	0	0	1	1.6

FUENTE: ESTUDIO SOBRE CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL PRENATAL. REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

ANEXO N° 2

ENCUESTA SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO EN MUJERES RESIDENTES EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD. 1995.

- Fecha Caso Expediente
Control
- Raza: blanca ☐ negra ☐ amarilla ☐ indígena ☐ mestiza ☐
1. Edad. (años).
2. Corregimiento donde reside usted actualmente _____
(coloque el nombre del corregimiento)
3. Corregimiento de origen _____
(coloque el nombre del corregimiento y el distrito de origen).
4. Estado civil actual: casada ☐ unida ☐ separada ☐
divorciada. ☐ viuda ☐ (coloque una cruz en la casilla correspondiente).
5. Último año escolar aprobado
Primaria ☐ Secundario ☐ Universitario ☐ otro ☐
6. Trabaja usted por un salario? Sí ☐ No ☐
- Su horario de trabajo incluye lunes a viernes, de 7 AM. a 3 PM.? sí ☐ no ☐
7. Cuántas personas forman su núcleo familiar?
(anote con número arábigo, el total de miembros que conforman el núcleo familiar de la mujer encuestada).
8. Cuánto dinero ingresa mensualmente a su hogar para sostener al grupo familiar? B/
(anote con número arábigo el total).
9. Cuántos embarazos, anteriores incluyendo el actual ha tenido usted?

G P A

(anote en número arábigo el total de embarazos, el total de partos de 20 o más semanas de gestación y el total de abortos en las casillas correspondientes).

10. Los embarazos anteriores al actual, que terminaron en parto, ¿fueron normales? Sí ☐ No ☐

(coloque una cruz en la casilla correspondiente).

11. ¿Cuántos años tiene su último hijo vivo nacido antes del actual embarazo?
(coloque la edad en meses).

12. ¿Cómo era su estado de salud antes de este embarazo? sana ☐ enferma ☐
(coloque una cruz en la casilla correspondiente).

13. ¿Cuál fue el motivo que la llevó a acudir a la primera consulta de control prenatal?

Preventivo ☐ Curativo ☐

(coloque una cruz en la casilla correspondiente, de acuerdo con la respuesta de la mujer encuestada).

15. El embarazo actual, ¿fue planificado? Sí ☐ No ☐
(coloque una cruz en la casilla correspondiente).

16. ¿Cuánto tiempo, en minutos, le toma llegar desde su casa al centro de salud dónde inició el control prenatal?

minutos (coloque la cantidad en número arábigo).

17. ¿Conocía usted cómo estaba organizada la atención de las gestantes en el Centro de Salud antes de iniciar el control prenatal?

Sí ☐ No ☐ (coloque una cruz en la casilla correspondiente).

18. La forma de organización de la atención de las embarazadas en el centro de Salud, ¿retrasó su decisión de iniciar el control prenatal?

Sí ☐ No ☐ (coloque una cruz en la casilla correspondiente).

19. El embarazo normal dura 9 meses, basados en sus conocimientos, ¿cree usted que en los tres primeros meses de embarazo existen riesgos para la salud de la mujer o del embarazo?

Sí ☐ No ☐ (coloque una cruz en la casilla correspondiente).

20. Basados en sus conocimientos, ¿cree usted que iniciar el control del embarazo antes de cumplir tres meses de embarazo, evita o disminuye riesgos para la salud de la mujer o del bebé durante el embarazo?

Sí ☐ No ☐ (coloque una cruz en la casilla correspondiente).

21. Edad Gestacional al inicio del control prenatal: semanas.

(anote en número arábigo el tiempo de evolución del embarazo, al momento de iniciar el control prenatal. Esta información debe obtenerla del expediente).

BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO, María. **Apuntes de Epi Info. Versión 5.0.** Universidad de Panamá. Panamá. 1992. 25 pág.

ADAY, Lu Ann y Ronald ANDERSEN. **Marco Teórico para el estudio del acceso a la atención médica.** Health Service Research 9(3) : 208-220, 1974.

AHLBOM, Anders y Staffan NORELL. **Fundamentos de Epidemiología.** Madrid. Siglo XXI de España. Editores, S.A. Madrid. 1ª ed. en Español. 1987. 131 pág.

BARROS, F y otros. **Bajo Peso al Nacer en el municipio de Pelotas, Brasil: factores de riesgo.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 102 : 541-543. 1987.

BENSON, Ralph. **Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico.** El Manual Moderno. S.A. de C.V. 4a. ed. México, D.F. 1986. 1102 pág.

BERKOW, Roberto. **El Manual Merck.** 8ª Edición en Español. Editora Doyma, S.A. 08021, Barcelona España. 2944 pág. 1989.

CANALES, Francisca y otros. **Metodología de la Investigación.** Organización Panamericana de la Salud. 1ª ed. 1986. 327 pág.

COLIMON, Kahl. **Fundamentos de Epidemiología.** Ed. Díaz de Santos. S.A. Madrid, España. 2ª ed. 1990. 339 pág.

DE LA CRUZ, Rosa Elena. **Encuesta Atención de Salud Materno Infantil 1984-1985.** Ministerio de Salud. Panamá. 1986. 27 pág.

DEVER, Alan. **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud.** Aspen Publishers. Inc. Maryland. 1984. 417 pág.

ELSTER, Arthur. **The effect of maternal age, parity, and prenatal care on perinatal outcome in adolescent mothers.** Am. J. Obstet. Gynecol. Vol 149, August 15, 1984. p. 845-847.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. **Análisis de Situación de Panamá. (Borrador para Discusión).** Panamá. Enero, 1995. 53 pág.

FRENK, Julio. **El Concepto y la Medición de la Accesibilidad.** Salud Pública de México 27(5) : 438-453, 1985.

GARDNER Martin y Douglas ALTMAN. **Intervalos de Confianza y no valores p: Estimación en vez de pruebas de hipótesis.** Bol of Sanit Panam. 114(6), 1993.pag 536-549.

GILI, M. y otros. **Los estudios de casos y testigos. Los estudios transversales.** Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Vol. 7. N° 10. Diciembre. 1989. pág. 559-563.

GORDÓN, Gloriela. **Creencias y conocimientos sobre el control prenatal precoz en mujeres en edad fértil, residentes en la Región Metropolitana de salud de Panamá.** Inédito. Marzo, 1995.

JENICEK, Milos y Robert CLÉROUX. **Epidemiología. Principios - Técnicas - Aplicaciones.** Editorial Salvat. Barcelona. 1987.

KESTLER, E y otros. **Identificación de Embarazos de alto riesgo de bajo peso al nacer en zonas urbanas de América Latina: II. Índice simplificado de detección precoz en la ciudad de Guatemala.** Bol of Sanit Panam 111(3), 1991. p.201-213.

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y POLÍTICA ECONÓMICA. **Panamá: Niveles de Satisfacción de las necesidades básicas. Mapa de la Pobreza. Documento de trabajo N°44.** Diciembre, 1993.

MINISTERIO DE SALUD. **Memoria del Ministerio de Salud de Panamá. Presentada por el Ministro de Salud al Excelentísimo Presidente de la República, a la Honorable Asamblea Legislativa y a la población panameña.** Panamá. Septiembre, 1994.

MINISTERIO DE SALUD. **II Encuesta de prevalencia de Desnutrición.** Panamá. Enero, 1994.

MINISTERIO DE SALUD. **Reunión de análisis de la mortalidad materna en Panamá. años 1993-1994.** Departamento Materno Infantil. Programa Maternal. Panamá, 1995.

MINISTERIO DE SALUD. **Taller de Análisis de Mortalidad Materna en Panamá. 1991-1992.** Panamá. Marzo 1993.

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ. **Lineamientos Políticos y Estratégicos de Salud.** Panamá. Septiembre 1994. pag.71

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ. **Situación de Salud de la República Panamá.** Panamá. Octubre 1995. p.23.

MINISTERIO DE SALUD. **Normas Técnico Administrativas Programa de Salud Integral de la Mujer.** Panamá. 1995. pag. 120.

MORTON, Richard y Richard HEBEL. **Bioestadística y Epidemiología.** 2ª ed. Interamericana, S.A. de C.V. México, D.F. 1985. 156 pág.

NEEL, Nancee y José ALVAREZ. **Factores de riesgo de malnutrición fetal en un grupo de madres y neonatos guatemaltecos.** Bol of Sanit Panam 110(2), 1991. pag. 93-106.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan de acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 110, N°5 : 448-454. 1991.

PRITCHARD, Jack y otros. **Williams Obstetrics.** 17a. ed. Appleton-Century-Crofts/Norwalk, Connecticut. 1985. 976 pág.

RENDÓN, Lisa y otros. **Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina.** Bol of Sanit Panam 115(6), 1993. p.473-481.

- RODRÍGUEZ, Rachel y otros. **De madres a madres: programa comunitario para un mayor acceso a la atención prenatal.** Bol of Sanit Panam. Washington. Vol. 116, No.2. 1994.
- ROSENSTOCK, Irwin. **Por qué la gente utiliza los servicios de salud.** The Milbank Memorial Fund Quaterly 44(2) : 94-127, 1966.
- SAN MARTÍN, Hernán. **Ecología Humana y salud. El hombre y su ambiente.** 2da. ed. Ediciones Científicas La Prensa Medica Mexicana., S.A. de CV . 1983. pág. 232
- SCHLESSELMAN, James. **Case-Control studies, design, conduct, analysis.** New York. Oxford University Press. 1982.
- SCHWARZ, Ricardo y otros. **Salud reproductiva materna perinatal. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo.** Montevideo, 1995.
- URANGA IMAZ, Francisco y Francisco URANGA IMAZ(h.). **Obstetricia Práctica.** 3a. ed. InterMédica. Buenos Aires, Argentina. 1974. 941 pág.